Rok XLIII. Kraków 6 Lutego 1904. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.

Skreślił

Dr. Bruno Wojciechowski,

asystent kliniki.

Nagromadzenie się krwi miesiączkowej w rozmaitych odcinkach dróg narządów rodnych należy do cierpień rzadkich, których rozpoznanie mimo to nie przedstawia najczęściej większych trudności, gdyż wynika już prawie z samych wywiadów. Dodać jednak należy, że obok tych przeciętnych przypadków istnieją jeszcze inne, co prawda nadzwyczaj rzadkie, gdzie wywiady nie przybywają lekarzowi w pomoc i gdzie wpadnięcie na właściwe rozpoznanie wymaga badania bardzo dokładnego, obok teoretycznej znajomości całej sprawy. Nadto kierunek postępowania leczniczego w jednych przypadkach jest zupełnie jasny, w innych wymaga, zwłaszcza gdy niekiedy życie pacyentki wisi na włosku, gruntownej rozwagi i namysłu, by obrać drogę jak najwłaściwszą w trudnym i ciężkim przypadku.

Przydarzające się trudności rozpoznawcze, oraz nieustalone w niektórych punktach pojęcia co do postępowania leczniczego, dodają mi zachęty, by podzielić się z czytelnikami wiadomością o 9 przypadkach krwisteku macicznego, spostrzeganych w naszej klinice w ostatnich pięciu latach, zapoznać ich z zasadami, jakiemiśmy się w tych przypadkach kierowali i poruszyć przytem kilka szczegółów, odnoszących się do rozpoznania i leczenia tych zboczeń.

Przypadki nasze podzielić należy na 4 odrębne grupy. Historye chorób podaję zatem nie w porządku chronologicznym, lecz według owych grup, a nie chcąc nadużywać cierpliwości czytelnika, ograniczam się do najważniejszych i niezbędnych szczegółów.

Grupa A.

Trzy przypadki krwisteku z powodu atresia hymenalis.

I. *W. G.* l. 17, przyjęta 31/III 1898 r. Nie miesiączkuje jeszcze. Przed 7 miesiącami w ciągu 2 dni doznawała silnych, ciągłych bolów dołem brzucha, w pachwinach i krzyżach, poczem czuła się zupełnie zdrową. Dopiero przed 4 dniami powtórzyły się te same bole z wielkiem nasileniem i trwają dotąd. Od 4 dni doznaje utrudnienia w oddawaniu moczu, który wczoraj musiano sztucznie odprowadzić.

Badanie wykazuje w jamie brzusznej guz, umieszczony w linii środkowej, wychodzący z miednicy małej, jajowaty, gładki, elastyczny, bolesny, sięgający dnem do pępka, mogący odpowiadać jednostajnie powiększonej macicy; po bokach zaś w okolicy rogów domniemanej macicy 2 guzy, symetrycznie umieszczone, wielkości jaja kurzego, bolesne, pozostające w związku z guzem głównym. Wargi sromne rozchylone przez silnie wypuklającą się, nieprzedziurawioną błonę dziewiczą, przez którą miejscami prześwieca sina krew. Badanie przez odbytnicę stwierdza, że ściana przednia wypuklona przez nizko schodzący guz elastyczny, dający się oddzielić na boki od ściany miednicy; górnej granicy guza dosięgnąć nie można.

Rozpoznanie: *atresia hymenalis, haematocolpos et haematometra et probabiliter haematosalpinx ambilateralis.*

31/III wykonano podłużne nacięcie błony dziewiczej na 4 ctm. Wylała się duża ilość treści gęstej, czekoladowatej. Założono gazę jodoformową i watę w krok. Bole po $^1/_2$ godzinie ustały. Następnego dnia 38·0 C.; z tego powodu powiększono zwężony otwór rozszerzadłami Hegara do grubości palca, przyczem się wylały 3 łyżki jakby ropiastej treści. Część pochwowa na $^1/_3$ falangi, rozpulchniona, leży ku tyłowi i stronie lewej; szyja przepuszcza $^1/_2$ falangi; sklepienie prawe szerokie, płaskie, po tejże stronie guz, wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, przylegający do macicy. Po przestrzykaniu pochwy ciepłym krezolem włożono do niej seton z gazy jodoformowej. Od 6 do 14/IV odchody ropiaste, miernie obfite; bole w pachwinach i stan gorączkowy (najwyższy 39·4). Stosowano lód, leki odurzające, sercowe i przeciwgorączkowe. 15/IV stwierdzono duży wysięk po stronie prawej, sięgający 3 palce ponad grzebień kości biodrowej. Od 15 do 24/IV stan podgorączkowy. Zalecono spokój i środki chłonące. D. 24/IV przecięto błonę dziewiczą na krzyż z powodu ponownego zmniejszenia się otworu i obszyto brzegi nacięcia katgutem. Od tej pory ciepłota prawidłowa, wysięk szybko się zmniejsza; 8/V badanie wykazało część pochwową na $^1/_2$ falangi przesuniętą ku stronie lewej, ujście zewnętrzne ku tyłowi, niedrożne dla palca, trzon niewielki, o granicach cokolwiek od strony prawej zatartych, zwrócony ku przodowi, przesunięty w całości ku stronie lewej; w sklepieniu tylnem i tylnym odcinku prawego resztki niebolesnego wysięku. Chora opuszcza klinikę. Polecono środki wsysające.

II. *M. Z.* l. 16, przyjęta 23/X, 1898. Jeszcze nie miesiączkuje. Przed trzema miesiącami wystąpiły silne bole w krzyżach i dołem brzucha, trwające przez 3 dni, wzmagające się coraz bardziej, a równocześnie zauważyła chora jakiś guz nad spojeniem łonowem. Drugi raz powtórzyły się bole o tym samym charakterze po upływie 3 tygodni, trzeci raz jeszcze silniejsze w miesiąc po drugim napadzie, a na 2 tygodnie przed przybyciem do kliniki. Wśród tego guz nad spojeniem łonowem stopniowo się zwiększał.

Badanie wykazało guz w jamie brzusznej, wychodzący z miednicy małej, jajowaty, sięgający szczytem do pępka, gładki, elastyczny i przy łagodnem dotykaniu niebolesny. Głębszego obmacania z umysłu zaniechano. Obwód brzucha przez pępek 73 ctm., odległość od spojenia łonowego do pępka 17 ctm. Błona dziewicza wypuklona, nieprzedziurawiona, napięta przez płyn. Przez odbytnicę stwierdza się ogromne rozszerzenie pochwy płynem, a powyżej dolny odcinek powiększonej, miękkiej macicy. Przydatków przy ostrożnem badaniu nie wyśledzono.

Rozp. *Hymen imperforatus, haematocolpos et haematometra.*

25/X nacięto pionowo błonę dziewiczą na mniej więcej 2 ctm. Odpłynęła obficie gęsta ciecz czekoladowata ze smugami śluzu białawego. W krok dano gazę i watę. Odchody z dnia na dzień skąpsze, ciepłota prawidłowa. D. 28/X zewnętrznie już macicy wybadać nie można; 31/X odchody ustały; 3/XI brzuch płaski, niebolesny, przez

otworek w błonie dziewiczej przechodzi łatwo najgrubszy cewnik. Chora opuszcza klinikę.

III. *B. N.* l. 16, przyjęta 28/XII 1901 r. Do tej pory nie miesiączkuje i nie doznawała do niedawna żadnych dolegliwości. Przed 2 tygodniami zatrzymał się mocz, który potem oddawała tylko kroplami wśród parcia i bolu; przed tygodniem odprowadził mocz lekarz; odtąd zaś codziennie czyni to położna. Od tygodnia ma chora zaczerwienione oczy. Lekarz namawiał odrazu na operacyę.

Badanie wykazuje: Rozległe wynaczynionki na spojówkach gałkowych. W podbrzuszu guz jajowaty, miękki, elastyczny, wychodzący z miednicy małej, sięgający do połowy odległości pomiędzy spojeniem a pępkiem, przechylony cokolwiek ku stronie lewej. Nie można stwierdzić zmiany w zbitości guza ani też wyszukać więzadeł okrągłych. Błona dziewicza na pierwszy rzut oka zupełnie zamknięta, silnie wypukłona. Przy dalszem badaniu wykrywa się w błonie dziewiczej od tyłu i strony prawej otworek włosowaty, przez który odpływa powoli kropelkami czekoladowaty płyn. (Otwór ten powstał w dniu przybycia do kliniki, w czasie podróży lub też wchodzenia na stołek ginekologiczny, — gdyż przedtem chora krwi nie zauważyła). Przy badaniu przez odbytnicę stwierdza się ponad silnie rozszerzoną i napiętą pochwą twardszy wał poprzeczny, odpowiadający szyi macicznej rozszerzonej, a powyżej w bezpośrednim związku guz miękki, opisany przy badaniu zewnętrznem. Przydatków wybadać nie można. Mocz mętny, zawiera sporo białka.

Rozp. *Atresia hymenalis, haematocolpos et haematometra, perforatio hymenis spontanea.*

Leczenie polegało na wycięciu w błonie dziewiczej otworu wielkości fasoli i obrąbieniu brzegów. Guz maciczny szybko się zmniejszył, a po upływie 4 dni już nie był od zewnątrz wybadalnym. Stan podgorączkowy w przebiegu pooperacyjnym odnieść musiano do nieżytu pęcherza. Otwór w błonie dziewiczej pozostał dość obszerny. D. 13/I 1902 chora opuściła klinikę. Polecono urotropinę i odpowiednią dyetę.

Grupa B.

Dwa przypadki krwisteku z powodu atresia vaginalis.

IV. *W. P.* l. 17, mężatka, przyjęta 17/XI 1902. Według niejasnego opowiadania matki przebyła w dzieciństwie jakąś ciężką i dłuższą chorobę gorączkową. Miesiączki dotąd nie miała. Przed 5 tygodniami wyszła zamąż. Od 6 tygodni dopiero miewa chora ciągłe boleści w podbrzuszu, wzmagające się od czasu do czasu. Bolów okresowych poprzednio nie doznawała wcale. Oddawanie stolca w ostatnich czasach bolesne.

Badanie wykazuje kobietę średniego wzrostu, jak na jej wiek dobrze zbudowaną; sutki dość dobrze rozwinięte. Brzuch wypukłony najwięcej poniżej pępka po stronie prawej. Owłosienie wzgórka łonowego skąpe. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza w podbrzuszu, umieszczonego po stronie prawej, przekraczającego na lewo tylko na 2 palce linię środkową, sięgającego ku górze do wysokości pępka, ku stronie prawej prawie do kolca talerza biodrowego, ku dołowi do 2 palców nad górny brzeg spojenia łonowego. Guz ten, wielkości dużej pięści ma kształt jajowaty, długa oś jego poprzecznie ułożona, — powierzchnia gładka, zbitość elastyczna, daje się na przestrzeni kilku ctm. przesunąć na boki, w mniejszym stopniu ku górze i dołowi i jest tkliwy i daje przy wypuku odgłos stłumiony. Wargi sromowe większe słabo rozwinięte, mniejsze prawidłowe. Błona dziewicza zachowana. Pęcherz moczowy wyciągnięty tak silnie ku górze, że dna jego dosięgnąć nie można zwykłym cewnikiem kobiecym. Z powodu zamknięcia światła pochwy na tej wysokości palec wchodzi do niej tylko na długość paznokcia i wyczuwa w kierunku domniemanego dalszego przebiegu pochwy opór bolesny, elastyczny. Przez odbytnicę stwierdza się zaraz po wejściu do ampuły kiełbasowaty, elastyczny opór, szerokości dwóch palców, wypuklający przednią ścianę odbytnicy i rozszerzający się lejkowato ku górze, przyczem przechyla się cokolwiek ku stronie prawej. Badanie zestawione od strony odbytnicy i przez powłoki brzuszne poucza o niewątpliwym bezpośrednim związku pomiędzy wyczutym przez odbytnicę guzem, a opisanym przy badaniu zewnętrznem, a to przedewszystkiem na podstawie bardzo wyraźnego. wzajemnie się udzielającego uczucia chełbotania. Oba guzy, razem wzięte, zdają się mieć kształt zbliżony do retorty, zwróconej szyją ku dołowi, a brzuchem ku przodowi, gdyż guz pochwowy podchodzi pod dolną i tylną powierzchnię guza, leżącego w jamie brzusznej. Poprzecznie owalny kształt guza w jamie brzusznej kazał myśleć raczej o pochodzeniu jego trąbkowem; skoro atoli przy powtórnem badaniu stwierdzono niewątpliwie zmianę w zbitości guza i zdołano wyszukać postronki, mogące odpowiadać więzadłom okrągłym, pochodzenie guza stało się jasnem. Dodać należy, że ponadto stwierdzono przy lewym brzegu guza głównego, w głębi jamy brzusznej i więcej ku tyłowi opór, nie dający się dość ściśle ograniczyć i określić. (*Fig. 1*). Rozpoznanie

Fig. 1.



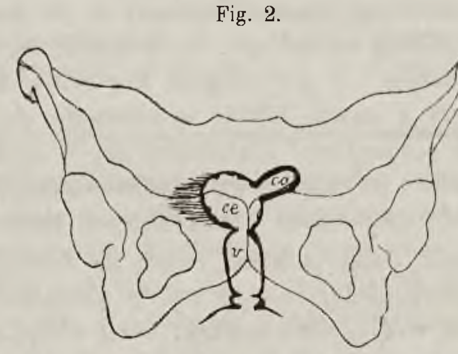
c = haematocolpos, *m* = haematometra, *s* = haematosalpinx (?)

brzmiało: *haematocolpos et haematmaetra ex atresia vaginali et probabiliter haematosalpinx sin.* Czy zamknięcie pochwy nastąpiło wskutek owrzodzeń przebytych w czasie wspomnianej choroby gorączkowej, czy też było czystą wadą rozwojową, trudno rozstrzygnąć.

Dnia 19/XI 1902 przecięto przegrodę pochwową z zachowaniem przepisów aseptyki i wśród kontroli palcem od strony odbytnicy i cewnikiem od strony pęcherza moczowego. Ściana ta okazywała znaczną grubość. Płyn charakterystycznie czekoladowaty zaczął obficie odpływać wśród wyraźnie bolesnego kurczenia się macicy.

W przebiegu pooperacyjnym chora leżała spokojnie; miejscowo opłókiwano kilka razy dziennie srom solweolem i kładzono w krok suchą gazę jodoformową, a na nią watę. D. 23/XI 1902 guz zmniejszył się o tyle, że stał się od zewnątrz niebadalnym. Kiedy d. 29/XI odchody znikły zupełnie, zbadano chorą i stwierdzono silne zwężenie otworu operacyjnego, który zaraz rozszerzono należycie pręcikami Hegara, a częściowo przez nowe nacięcie. Chora zachowuje się niespokojnie i napina zbyt silnie powłoki, to też dokładniejszego badania dokonano dopiero d. 2/XII 1902 w uśpieniu chloroformowem. Po jeszcze dokładniejszem rozszerzeniu blizny przez nacięcia drobne przekonano się o mylnem do pewnego stopnia zapatrywaniu się na przypadek. Obraz przedstawił się tak, jak to uwidocznia szematyczna rycina (*Fig. 2*). Wprowadzając palec do pochwy, spotyka się poza błoną

Fig. 2.



co = corpus uteri, *ce* = cervix, *v* = vagina.

dziewiczą krótki zaułek i zaraz dalej nieznaczne zwężenie bliznowate obrączkowate pochwy (świeżo rozszerzone), a ponad niem górną część długiej i szerokiej pochwy. Część pochwowa jeszcze nieukształtowana; warga przednia zaznaczona jako grubszy wałek, tylna zaś jako cieniutka bardzo listewka. Ujście szerokie, poprzecznie owalne, przepuszcza z zupełną łatwością palec, który trafia do jamy obszernej, wielkości mandarynki, umieszczonej przeważnie na prawo od linii środkowej, posiadającej ściany nierówne, złożone z tkanki zbitej, mało podatnej. Badanie zestawione poucza, że jamę tę tworzy silnie bardzo rozszerzona szyja maciczna, posiadająca ściany stosunkowo grube i mało podatne i przemieszczona wskutek zrostów przymacicznych od strony prawej ku tejże stronie. Szyją zaś samą jest owa przestrzeń

dlatego, że prowadzi z niej ku górze i stronie lewej otwór z trudnością tylko drożny dla palca do jamy drugiej, odpowiadającej niechybnie wszystkiemi swemi własnościami jamie trzonu macicy, przechylonego dnem ku stronie lewej. Jestto owe ciało, pierwotnie niedokładnie tylko poza guzem wybadać się dające, uważane niesłusznie za rozszerzoną przez krew trąbkę. Tak więc rozpoznanie ostateczne w tym przypadku brzmi: *atresia vaginalis, haematocolpos, haematometra praecipue cervicalis, parametritis chronica dextra.*

D. 9/XII 1902 chora opuściła klinikę w stanie zupełnie zadowalniającym. Jama szyi bardzo powoli się zmniejsza.

V. *E. S.*, l. 36, mężatka, przyjęta do kliniki 29/VI 1903 r. Do chwili zastąpienia miesiączka była prawidłowa. Rodziła raz na czasie przed 7 miesiącami siłami przyrody. Poród trwał 4 doby, płód urodził się naprzód główką, nieżywy. Pomagała tylko położna, która miała naderwać międzykrocze (?). Chora leżała w połogu 7 tygodni; z początku przez kilka dni gorączkowała. Od porodu nie ma miesiączki. Przed 3 i 2 miesiącami miewała bole dołem i w krzyżach, kilka dni trwające, od miesiąca zaś prawie ciągle przypominają się takież bole. Z tego powodu chora poddała się przed 2 tygodniami poza kliniką jakiemuś zabiegowi operacyjnemu, który atoli pozostał bez efektu.

Wzrost mały, nieznaczne znamiona krzywicy na klatce piersiowej i kończynach dolnych. Na zasiniałym przedsionku od strony prawej promienista blizna. Blizna na międzykroczu. Wejście do pochwy wązkie. Wprowadziwszy palec na falangę, napotyka się całkowite bliznowate zamknięcie światła pochwy. Na prawej ścianie pozostałego zaułka pochwowego znajduje się bliznowate zgrubienie. Badanie zestawione od pochwy nie daje żadnego wyniku. Od odbytnicy wyczuwa się wyraźnie grubą i szeroką bliznę w połowie długości pochwy, ponad nią, cokolwiek więcej na lewo, jakby pozostały nieznacznie rozszerzony górny odcinek pochwy, tuż przed częścią pochwową; trzon macicy przechylony ku stronie prawej, bardzo nieznacznie powiększony, dość dobrze ruchomy; w *parametrium* prawem stara blizna. Badanie cewnikiem również wykazuje ponad grubą blizną w pochwie zaułek pęcherza moczowego i jakby pozostałość rozszerzonej pochwy. Najcieńszym zgłębnikiem chirurgicznym nie można odszukać przewodu pochwy.

Rozp. *Haematometra et-colpos minoris gradus ex atresia cicatricosa vaginali post partum acquisita.*

D 2/VII 1903 nacięto w uśpieniu chloroformowem bliznę w pochwie w kierunku poprzecznym i pod kontrolą palca ręki lewej w odbytnicy i cewnika w pęcherzu posuwano się powoli ku części pochwowej, częściowo na tępo, przeważnie jednak przy pomocy krótkich cięć nożyczkami. Z obawy otworzenia zaułka pęcherza, wybadanego ponad blizną, niemniej i dlatego, że kontrola palcem od odbytnicy była ścisłą i łatwą, trzymano się ciągle bliżej odbytnicy, niż pęcherza, co sprawiło, że zabłąkano się cokolwiek tak, że dotarto do fałdu otrzewnowego w zatoce Douglasa, poza część pochwową. Cofnąwszy się cokolwiek, otworzono sklepienie tylne i ściągnięto część pochwową kulociągiem, przyczem wylała się nieznaczna ilość płynu czekoladowatego, charakterystycznego dla krwisteku macicy. Badanie wykazało teraz, że pozostały ponad szeroką blizną zaułek pochwy nie mierzy więcej jak $1^1/_2$ ctm, że składa się nań sklepienie przodkowe, tylne i lewe, podczas gdy prawe zarośnięte. Brzegi błon śluzowych zeszyto ponad blizną dokoła szeregiem cienkich szwów węzełkowych jedwabnych.

Po operacyi stan bezgorączkowy, odcho y krwawe skąpe do 5 dnia, 7-go dnia wyjęto szwy. Powstała pochwa, długości $1^1/_2$—2 falang, silnie w górze zwężona. Ujście wewnętrzne drożne.

Grupa C.

Trzy przypadki krwisteku przy zdwojeniu przewodu rodnego.

VI.[1]) *A. W.* l. 18, przyjęta 7/XI 1900 r. Pierwsza regularność wystąpiła w czerwcu 1900, była skąpa, trwała jeden dzień z bolami w krzyżach Druga, a zarazem ostatnia, miała miejsce przed 6 tygodniami, przez 2 dni, i była bolesna. Od czerwca b. r. w okresach miesięcznych występują bole w krzyżach, trwające dzień jeden. Od ostatniej miesiączki bole występują prawie codziennie z krótkiemi przerwami.

[1]) Omówiony na posiedzeniu Tow. lek. krak. w czerwcu 1901 r.

Dziewczyna silnie rozwinięta. Podbrzusze wypuklone więcej po stronie prawej. (*Fig. 3*). W jamie brzusznej guz ponad pachwiną prawą



Fig. 3.

wielkości dużej pięści, sięgający ku górze na 2 palce poniżej pępka, na wewnątrz do linii środkowej, na zewnątrz do kolca przedniego górnego talerza biodrowego po stronie prawej, gładki, elastyczny tkliwy, ku górze i dołowi cokolwiek ruchomy. W podbrzuszu lewem wybadać można ciało na boki ruchome, kształtu rożkowatego, grubości palucha, odchodzące od wyżej opisanego guza na wysokości 2 palców ponad spojeniem łonowem, dążące stąd skośnie ku górze i stronie lewej, kończące się stożkowato 3 palce na wewnątrz od kolca przedniego górnego talerza biodrowego lewego, znacznie większej zbitości, niż guz w podbrzuszu prawem. Granica zetknięcia się obu guzów zaznacza się płytkim rowkiem, gubiącym się ku dołowi, jakoteż różnicą zbitości.

Części rodne zewnętrzne prawidłowe. Pochwa krótka, wązka. Sklepienie przednie i tylne szczelinowate, wyższe po stronie lewej, niż po prawej. Sklepienie lewe wysoko ustawione, szczelinowate, wąziutkie. Sklepienie prawe półkulisto ku dołowi wypuklone, nizkie, oporne, elastyczne, niebolesne. Część pochwowa zupełnie zanikła. Ujście zewnętrzne przemieszczone daleko ku górze, stronie lewej i przodowi, ma kształt małego półksiężyca, zwróconego wypukłością ku stronie lewej, rogami ku przodowi i tyłowi (*Fig. 4*). Brzegi ujścia gładkie. Badanie zestawione wykazuje guz wielkości 2 pięści, złożony jakby z dwóch kul dużych, umieszczonych ponad sobą i połączonych ze sobą na szerokiej przestrzeni. Dolna połowa guza wypycha sklepienie prawe, górna okolicę nadpachwinową prawą. Połączenie pomiędzy guzem, a opisanym rogiem od strony lewej zaznacza się rowkiem na wysokości 2 palców nad spojeniem łonowem, ku dołowi staje się zupełnie ścisłe tak, że dążąc do ujścia zewnętrznego ku stronie prawej nie można znaleźć odgraniczenia.



Fig. 4.

Obie części guza po stronie prawej są jednakowo gładkie i elastyczne, a przy ucisku od zewnątrz i od sklepienia prawego wywołać można wyraźne uczucie chełbotania. Dolny odcinek guza posiada mniejszą znacznie ruchomość, niż górny. Więzadeł okrągłych ani zmiany zbitości wykryć nie można. Badanie przez odbytnicę wykazuje silne wypuklenie górnej przedniej części ściany odbytnicy przez duży guz elastyczny, zresztą nie daje nowych szczegółów.

Rozpoznanie: *uterus bicornis, atresia congenita ostii externi cornus dextri, haematometra et haematosalpinx dextra.*

W czasie pobytu w klinice przed operacyą ulegała chora bardzo silnym bolom w krzyżach, trwającym po kilka godzin dziennie, zresztą był stan dobry.

24/XI 1900. W uśpieniu chloroformowem wykonano nakłucie przez sklepienie prawe i wydobyto płyn czekoladowaty, gęsty, potem nacięto pod kontrolą palca (wziernikiem ujścia odsłonić nie można), zapomocą wprowadzonego do ujścia nożyka sierpowatego, służącego do odświeżania brzegów przetok moczowych, dolną część przegrody pomiędzy lewym, a prawym rogiem i przedłużono cięcie ku sklepieniu prawemu na blizko $2^1/_2$ ctm. Wypłynęła obfi-cie treść jednostajnie czekoladowata. Palec wchodzi łatwo do rogu prawego, wyczuwa przegrodę pomiędzy rogami i światło rogu lewego.

Do rogu prawego wprowadzono sączek (dren) grubości palca i umocowano go przylepcami. W krok dano suchą gazę i watę.

Badanie bakteryologiczne treści uzyskanej przez nakłucie wykazało, że jest jałową.

W przebiegu pooperacyjnym polecono zupełny spokój. 2-go dnia usunięto sączek, ponieważ gęsty płyn więcej odpływał obok niego. Ciepłota zawsze była prawidłową, podrażnienia otrzewnej niebyło śladu najmniejszego. Odchody z początku obfite, czekoladowate, później coraz skąpsze, od 4-go dnia czerwone; dnia 5-go podano lek przeczyszczający. 10-go dnia guz trąbkowy ledwo badalny. Badanie 14 dnia wykazało zaledwie plamki różowe Część pochwowa lekko zaznaczona, mniej przesunięta, niż dawniej, ku stronie lewej. Ujście zewnętrzne przedstawia drobną szczelinę, przepuszczającą zaledwie zgłębnik maciczny, w miejscu nacięcia w kierunku ku sklepieniu prawem — blizna. Róg lewy przesunął się więcej ku stronie prawej i cofnął się zarazem w głąb. Róg prawy wielkości i kształtu cytryny; guz trąbkowy przylega od strony prawej w postaci orzecha włoskiego (*Fig. 5*). Postanowiono rozszerzenie ujścia w sposób, jaki się okaże najwłaściwszym w czasie zabiegu. 11/XII 1900 r. wykonano w uśpieniu chloroformowem operacyę plastyczną z wargi przedniej (Fig. 6). Ściągnąwszy we wzierniku część pochwową, przecięto od ujścia aż do sklepienia prawego świeżo zrośniętą bliznę, a wprowadziwszy palec do szyi znaleziono stan taki, jak przy poronieniu szyjkowem szyja rozszerzona, zupełnie swobodnie przepuszcza palec, trzon zaś więcej skurczony, tak, że przez ujście wewnętrzne, silnie zaznaczone, palec się nie przedostaje. Odpłynęło przytem cokolwiek treści śluzowo-krwawej, niecuchnącej.

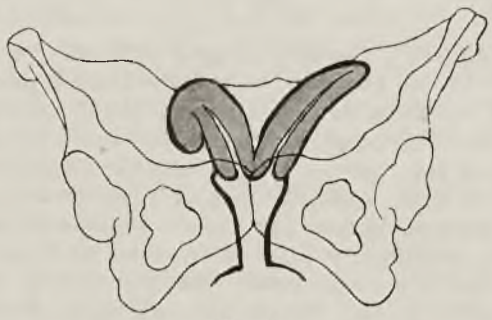
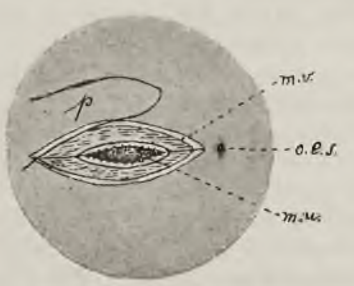


Fig. 5.

Fig. 6.



o. e. s. = ostium ext. sin., *m. v.* = mucosa vaginae, *m. u.* = mucosa uteri, *p.* = płatek z wargi przedniej.

Ściany szyi skurczyły się do tej chwili o tyle, że grubość warstwy mięsnej. dzielącej obie błony śluzowe (szyi i pochwy), wynosiła 1 ctm. Grubość i jędrność ściany utrudniały w wysokim stopniu zespojenie błon śluzowych. Wycięto więc z miąższu macicznego na dolnym brzegu rany pasmo klinowate, przez dwa cięcia poprowadzone skośnie wgłąb i wzdłuż brzegu błon śluzowych. Teraz można było błony śluzowe zapomocą 4 szwów cienkich jedwabnych ze sobą zespoić. Obawiając się jednak, że szwy z powodu napięcia tkanek przetną je i pamiętając nadto, że zarośnięcie otworu takiego rozpoczyna się zawsze od kącika rany, gdzie właśnie bezpośrednie zespojenie błon śluzowych nie byłoby się udało, postanowiono na wzór płatka Rosera przy stulejce, lub operacyi m. Rosner-Mars przy zwężeniu ujścia zewnętrznego, wykonać plastykę, polegającą na wszczepieniu grubego i dość długiego płatka, utworzonego z wargi przedniej, w zewnętrzny kącik rany. Jeden szew, wkłuty od błony śluzowej szyi, zachwytujący warstwę mięsną wzdłuż całego płatka i wykłuty w błonie śluzowej, pokrywającej płatek blizko jego końca, wystarczył do wgłębienia i ustalenia go, — przez co obie błony śluzowe zetknęły się bezpośrednio. (Zdaje mi się, że ten sposób zasługuje jako pewny i prosty na zastosowanie w innym podobnym przypadku).

Od d. 18/XII odchodów brak. D. 22/XII wyjęto szwy po plastyce, lecz nie badano dokładniej, aby nie psuć efektu operacyjnego. Dnia 23/XII chora opuszcza klinikę w stanie dobrym.

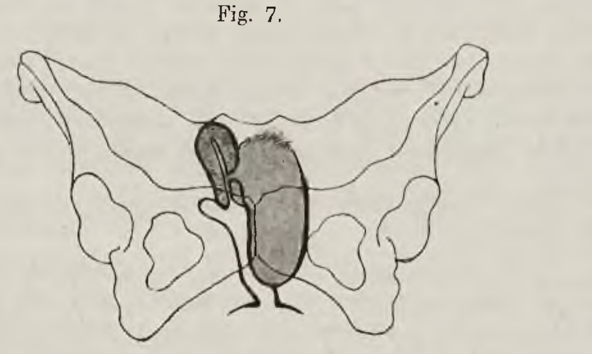
3/I 1900 chora zgłosiła się stosownie do polecenia. W domu czuła się zdrową. Część pochwowa przesunięta więcej ku środkowi. Palcem i okiem stwierdza się 2 ujścia, prawe szersze, swobodnie drożne. Zgłębnikiem trafia się osobno do jednego, osobno do drugiego rogu i wyczuwa się przegrodę. Róg prawy stał się smuklejszy, a guz trąbkowy nie większy od orzecha laskowego. Od 12 do 17/I 1901 chora odbyła w klinice dość obfitą i niebolesną miesiączkę, wśród czego stwierdzono wypływ krwi z obu ujść zewnętrznych.

D. 18/I opuściła klinikę.

VII. *L. G.* l. 26, izraelitka, rozwódka. przyjęta do kliniki 25/VI 1901. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia; do lat 16 miewała ją co 2—3 miesięcy, miernie obfitą, niebolesną, krew była płynną. Od 16 roku życia miesiączka występowała w okresach miesięcznych, stała się obfitszą, trwającą 8—10 dni z bólami W tymże roku zdarzyło się (niewiadomo, czy w czasie miesiączkowania), że pewnego dnia bez wyraźnej przyczyny odpłynęło dołem dużo (około 2 litrów?) krwi odmiennie wyglądającej, barwy ciemno-czekoladowej, gęstej. Od tego czasu pokazywały się u chorej w przerwach między miesiączkami plamy czekoladowate, obfitsze lub skąpsze, a od 2 lat chora ma nieustający wypływ wyżej opisanej treści gęstej. Przed 8 laty wyszła za mąż, lecz po 2 miesiącach mąż rozwiódł się, nie mogąc w myśl przepisów rytualnych zbliżać się w czasie krwawienia, które prawie że nie ustawało. Chora nie rodziła i nie roniła. Leczyła się środkami wewnętrznymi.

Badanie wykazuje silny rozwój ogólny. Przy głębokiem obmacywaniu brzucha wyczuwa się niewyraźny, tkliwy opór nad pachwiną lewą. Części rodne zewnętrzne bez zmian. Błona dziewicza utrzymana, bardzo podatna. Pochwa wązka, długa i przechylona w całości silnie ku stronie prawej przez opór miękko elastyczny, obszerny, uciskający całą ścianę lewą pochwy i schodzący bardzo nizko, na blisko 1 ctm. ponad błoną dziewiczą (*Fig. 7*). Sklepienia przednie, tylne i prawe

Fig. 7.



wązkie, płytkie i nieoporne. Sklepienia lewego brak z powodu ucisku ze strony wspomnianego opornego obrzęku. Część pochwowa przesunięta ku stronie prawej na $^1/_3$ falangi; ujście w postaci szczelinki biegnącej skośnie od przodu i strony lewej ku tyłowi i stronie prawej. Opór miękki od lewej strony pochwy jest niebolesny, nie daje wyraźnego uczucia chełbotania i biegnie gdzieś wyżej obok lewego brzegu części nadpochwowej. Badając sposobem zestawionym, stwierdza się macicę kształtu prawidłowego i zwykłej wielkości, w całości przemieszczoną i przechyloną ku stronie prawej i skręconą lekko rogiem lewym ku przodowi. Cały brzeg prawy i kopułowate dno, jakoteż $^1/_3$ część brzegu lewego od góry posiadają wyraźne granice, podczas gdy granica lewa poniżej gubi się z powodu guza miękkiego, stanowiącego dalszy ciąg oporu, wypychającego pochwę od strony lewej i przylegającego zupełnie ściśle w tem miejscu do macicy. Z powodu miękkiej zbitości granice guza niezbyt wyraźna. szczególnie od góry. Pomiędzy granicą górną, a macicą stwierdza się wrąb, poniżej zaś nie można wybadać żadnego rowka odgraniczającego. Całość guza przedstawia się w postaci wysokiego wałka, którego przekrój poziomy zbliżony byłby wielkością do rozmiarów zwykłego zegarka kieszonkowego. Więzadeł okrągłych, zmiany zbitości, ani przydatków nie wybadano. Stwierdzono we wzierniku brak przetoki ku pochwie, natomiast ujście powalane brudno-czekoladową wydzieliną, pokrywającą palec w czasie badania. Zgłębnika nie zdołano wprowadzić poza ujście wewnętrzne. Badanie przez odbytnicę wykazuje lekkie wypuklenie przedniej ściany odbytnicy.

Rozpoznanie: ***haemelytrometra lateralis sinistra, fistula in cornu dextrum penetrans.***

D. 1/VII 1901. Badanie w uśpieniu chloroformowem nie przysporzyło nowych szczegółów. Nakłucie próbne wykazało treść czekola

dowatą, gęstą, a, jak badanie bakteryologiczne wykazało, jałową. Nacięto od pochwy ścianę guza pionowo od najniższego punktu aż do części pochwowej, wycięto nadto w dole płatek z przegrody do zbadania mikroskopowego i obrąbiono dokoła krwawiące brzegi nacięcia katgutem. Wylewa się obficie treść czekoladowata. Palcem, wprowadzonym do wnętrza guza, można wybadać kopułowato kończące się dno guza, zagłębienie drobne ku górze i stronie lewej (jakby ujście trąbki?), szczelinkę pionową w okolicy szyi macicy prawej (w miejscu przetoki?) i na 2 ctm. poniżej ujścia zewnętrznego macicy prawej poprzecznie w postaci $^3/_4$ pierścienia przebiegającą nizką listewkę na ścianie wewnętrznej guza (ujście zewnętrzne?). Pragnąc, by jak najmniej się stykać z treścią krwisteku, nie starano się o wykrycie miejsca przetoki, istniejącej niewątpliwie w tym przypadku.

Założono gazę i watę w krok i polecono spokój.

Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka przegrody wykazało prawidłowy wielowarstwowy przybłonek od strony pochwy, a błonę śluzową pochwy w ogóle prawidłową; od strony guza miejscami wielowarstwowy przybłonek płaski, miejscami tylko jednowarstwowy, — pomiędzy błonami śluzowemi warstwę mięśni gładkich, — a w tkance łącznej podśluzowej od strony guza parę przekrojów gruczołów, wyścielonych jednowarstwowym przybłonkiem walcowatym. (Nie mogąc przypuścić, aby obecność gruczołów świadczyć miała o tem, że mieliśmy do czynienia ze ścianą tak bardzo rozciągniętej i nizko sięgającej szyi, tem bardziej, że miejscami spostrzegano przybłonek wielowarstwowy, przyjąć raczej musimy, że były to rzadko zresztą spostrzegane gruczoły pochwy, jakie Veit i v. Preuschen widzieli).

W przebiegu pooperacyjnym ciepłota zawsze była prawidłowa, odchody z początku obfite, czekoladowate, potem coraz skąpsze, a od 5 dnia lekko ropiaste, niecuchnące, po 2 tygodniach zaś śluzowe. D. 17/VII stwierdzono, że z pochwy prowadzi obszerny otwór do jamy, złożonej z 2 odcinków, przedzielonych wyraźniejszą już teraz listwą, ustawioną prawie na wysokości ujścia zewnętrznego macicy prawej (*Fig. 8*). Na błonie śluzowej dolnego odcinka liczne brodawkowate

Fig. 8.



wyniosłości wielkości siemienia (torbielki retencyjne). Ponad wspomnianą listwą, przedstawiającą jakby ujście zewnętrzne, dość głębokie zagłębienie od strony zewnętrznej. Przetoki i teraz nie wykazano, a stwierdzono tylko przy pomocy zgłębnika w szyi prawej, oraz palca w jamie lewej, że ściana w okolicy tej jest cieniutka. Zgłębnik wszedł do trzonu prawego na 8 ctm.

D. 18/VII wycięto jeszcze kawałeczek przegrody do badania histologicznego.

D. 19/VII chora opuściła klinikę z poleceniem, aby się wkrótce zgłosiła.

Badanie mikroskopowe drugiego kawałeczka przegrody gruczołów nie wykazało.

D. 27/VII chora zgłosiła się do kliniki w czasie miesiączki. Nie doznaje żadnych dolegliwości, miesiączka niezbyt obfita. Stwierdzono nieznaczne pomniejszenie się rozmiarów jamy po stronie lewej i wypływ krwi miesiączkowej zarówno z ujścia zewnętrznego po stronie prawej, jakoteż z jamy po stronie lewej. Wyraźniej ukształtowanej części pochwowej lub dobrze zaznaczonego ujścia wewnętrznego nie znaleziono.

VIII. *H. S.*, lat 27, mężatka, przyjęta 22/IV 1902. Pierwszej miesiączki nie pamięta, następne były prawidłowe. W 20 r. życia nastąpiła dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu (nie była w ciąży), poczem po silnym bolu dołem, trwającym jeden dzień, wylała się z części rodnych bardzo obfita (około 3 kwart?) ilość krwi jasnej, płynnej. Następnie była zupełnie zdrową, a w 22 r. życia wyszła zamąż. W rok po zamążpojściu znowu nastąpiła dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu, taki sam napad bolu, jak wyżej opisałem i krwotok nieco mniejszy. Odtąd czuła się pacyentka przez 4 lata dobrze. Ostatnia miesiączka prawidłowa była na początku grudnia 1901 roku. Z końcem grudnia bole dołem, osłabienie i nudności zniewoliły chorą położyć się do łóżka; 6 stycznia 1902 r. bardzo skąpe krwawienie z części rodnych. Wkrótce potem zauważyła sama po raz pierwszy guz w podbrzuszu. Bole utrzymywały się przez 2 tygodnie i ustały dopiero, gdy po upływie tego czasu wylała się nagle duża ilość brudno-żółtawej cieczy. Od owej chwili powtarzają się jeszcze przeciętnie co kilka dni bole dołem, ustępujące wówczas, gdy odpłynie większa ilość wydzieliny. Ostatni raz zdarzyło się to 19/IV.

Badanie wykazało: budowa i odżywienie liche. Nad spojeniem łonowem ku stronie lewej guz wychodzący z miednicy małej, sięgający na wewnątrz do linii środkowej, ku górze na 3 palce nad spojeniem łonowem, opadający ku zatoce krzyżowo-biodrowej lewej, oddalony na 2 palce od ściany miednicy; guz ten ma zbitość miękko-elastyczną, powierzchnię niezupełnie równą i jest niebolesny. W pęcherzu skąpa ilość moczu mętnego (z powodu moczanów). Pochwa miernej długości zwężona i zaciśnięta w górnej swej połowie przez opór jednostajny, elastyczny, spychający silnie przednią ścianę pochwy, sklepienie przednie i lewe, jakoteż przedni odcinek sklepienia prawego. Sklepienie tylne szczelinowate, wysoko ustawione, wolne. Na powierzchni guza od strony sklepienia prawego półksiężycowaty otworek, zwrócony wypukłością swą ku stronie prawej; brzeg otworka od strony prawej wynioślejszy, — od lewej wygładzony, przechodzi w opisany opór, wypuklający pochwę. Badaniem zestawionem stwierdza się, że opór, wypuklający się ku pochwie, stanowi z guzem, nad spojeniem wybadanym, jedną całość. Jestto guz rozmiarów główki dziecięcej, mniej więcej jajowaty, zwrócony tępszym odcinkiem ku dołowi, niebolesny, nieruchomy. Na powierzchni górnej wybadać można guzek nierówny, twardszy (jakby pokręconą trąbkę), grubości kciuka. Od strony prawej zaznacza się nad więzem Pouparta utwór, odpowiadający niepowiększonemu, zgiętemu ku przodowi trzonowi macicy. To, co odpowiadałoby szyi macicznej, przechodzi od strony prawej bezpośrednio w prawy brzeg opisanego już ujścia zewnętrznego, od lewej zaś gubi się w guzie właściwym. Pomiędzy domniemanym trzonem a prawym brzegiem guza wyczuwa się schodzące dość nizko zagłębienie.

Rozpoznanie: *Uterus bicornis, haematometra cornus sin.*

W czasie pobytu w klinice ciepłota przed operacyą było prawidłowa. Zauważono stanowcze zwiększanie się guza wśród bolów.

Operacya, wykonana dnia 28/IV 1902, polegała na tem, że po odsłonięciu ujścia zewnętrznego wziernikami, co nie było bez trudności, wprowadzono nożyk na długim trzonku i przecięto ścianę guza ku stronie lewej na kilka ctm. Treść nie krwawą, lecz ropiastą i cuchnącą (więc *pyometra*), zaszczepiono na zwykłe pożywki. Guz, odpowiadający lewemu rogowi, znacznie się zmniejszył; guz trąbkowy zaś nie uległ zmianie. Ropa okazała się jałową.

Już 3/V 1902 guz zmniejszył się do rozmiarów pomarańczy, a trąbki wyszukać nie zdołano.

Z powodu zmniejszenia się otworu operacyjnego i wraz z niem ilości wydzieliny przystąpiono d. 10/V 1902 r. do rozszerzenia rany. Badanie w uśpieniu wykazało, że róg prawy wraz z ujściem swem przemieścił się nieomal do linii środkowej. Od ujścia biegnie ku sklepieniu lewemu głęboki wrąb, w znacznej części zrośnięty, z którego wylewa się ropa. Zgłębnik wchodzi w rogu prawym na 11 ctm., w lewym zaś do obszernej jamy, objętości pomarańczy. Po znacznem rozszerzeniu otworu nożem wypłókano obfitą jeszcze treść ropiastą przy pomocy cewnika Piskačka. Badanie wnętrza rogu lewego palcem wykazało grube, niepodatne, pozrastane z otoczeniem ściany, wyścielone wszędzie od wewnątrz gładką błoną śluzową. Ujście maciczne trąbki z łatwością znaleziono. Dla zapobieżenia ponownemu zmniejszeniu się lub zarośnięciu otworu obrąbiono szwem katgutowym ciągłym błonę śluzową jamy macicznej z błoną śluzową pochwy. Do rogu lewego włożono seton. Do d. 19/V, w którym chora klinikę opuściła, zmieniano setony i przestrzykiwano jamę rogu lewego. Wśród tego zmniejszył się guz do wielkości cytryny, a ujście świeżo wytworzone pozostało drożne dla palca.

Grupa D.

1 przypadek krwisteku macicznego przy wrodzonym braku pochwy.

IX. *A. J.*, lat 26, przyjęta do kliniki d. 13/I 1903, zamężna od 3 lat. Miesiączki dotąd nie miała. Spółkowanie niemożliwe. Zwiastuny

miesiączki odczuwa od roku w odstępach miesięcznych, trwają 6 dni. Od 2 miesięcy stwierdza jakiś guz w brzuchu.

Badanie wykazuje: wzrost średni, budowa wątła; sutki słabo rozwinięte, jak mniej więcej u piętnastoletniej dziewczyny. Brzuch łagodnie wysklepiony. Owłosienie wzgórka łonowego słabe. Przy dotyku stwierdza się w podbrzuszu guz, odpowiadający wszystkiemi własnościami powiększonej i silnie napiętej macicy, sięgający 3 palce nad spojenie łonowe. Po stronie prawej na powierzchni guza znajduje się postronek, mogący odpowiadać więzadłu okrągłemu, po lewej tylko mniej wyraźny sznureczek. Wargi większe i mniejsze słabo rozwinięte wejście do cewki nadmiernie szerokie (coitus tentatus?); błona dziewicza zamknięta, lekko wklęsła, nie napięta, posiada liczne prostopadłe kieszonki. Najcieńszym zgłębnikiem nie natrafia się nigdzie na otworek w błonie dziewiczej. Wśród badania zestawionego przez odbytnicę i od powłok brzusznych nie można wyśledzić nic, coby świadczyć mogło o istnieniu pochwy (pełnej lub pustej); cokolwiek wyżej znajduje się uciśnięcie ampuły odbytnicy przez guz kulisty, wielkości największej pomarańczy, o ścianach gładkich, silnie napiętych, od przodu twardszych, niż od strony kości krzyżowej, dający niedość pewne uczucie chełbotania; $^2/_3$ guza leżą w miednicy małej; $^1/_3$ unosi się ponad wchód miednicy. Nigdzie nie daje się wyśledzić granica pomiędzy szyją a trzonem macicy, nigdzie nic, coby się zaznaczało na powierzchni guza jako część pochwowa albo ujście zewnętrzne. Przydatków nie wybadano. Guz jest tkliwy i łatwo na boki ruchomy. Badanie palcem przez pęcherz, łatwe z powodu szerokości cewki, nie udziela godnych uwagi szczegółów. Szczyt opróżnionego pęcherza leży na 2 palce poniżej szczytu guza.

Rozpoznanie: *Defectus vaginae, haematometra.*

D. 15/I 1903 operacya. Plan operacyjny: dążyć pomiędzy pęcherzem a kiszką stolcową w górę do guza, aby odszukać resztkę pochwy, lub jeżeli ta nie istnieje, stworzyć przewód, któryby można było później utrzymać drożnym przez odpowiednią plastykę, — doszedłszy zaś do guza, odszukać część pochwową, aby w najodpowiedniejszem miejscu otworzyć jamę macicy. Poprowadzono cięcie poziome na 4 ctm. pomiędzy ujściem cewki moczowej a kiszki stolcowej, poczem przeważnie na tępo oddzielono na 6—7 ctm. pęcherz od odbytnicy i dostano się do dolnego bieguna guza. Wśród mozolnego i bezskutecznego poszukiwania za częścią pochwową, przyczem różne drobne wyniosłości w kilku miejscach dawały złudne bardzo uczucia, otwarto niespodzianie zatokę Douglasa. Nakłucie cienkim trójgrańcem, dokonane w najprzystępniejszem miejscu po ustaleniu guza, wykazało bardzo grubą ścianę guza i wypełnienie go treścią zupełnie dla krwisteku macicznego charakterystyczną. Tą samą drogą wbito w guz ostro zakończone nożyczki i starano się je wyprowadzić rozwarte, lecz mimo to nie zdołano z powodu grubości i jędrności ścian stworzyć otworu takiego, przez któryby zbadanie wnętrza guza zapomocą palca stało się wykonalnem. Założywszy setony wyjałowione do rany, przerwano w tem miejscu operacyę, odkładając na później wycięcie całkowite macicy przez laparotomię, jako operacyę w tym przypadku jedynie wykonalną, a to w pierwszej linii ze względu na obawę przedostania się większej ilości treści guza do jamy otrzewnowej.

Badanie bakteryologiczne treści krwisteku, uzyskanej przez nakłucie, wykazało jej jałowość.

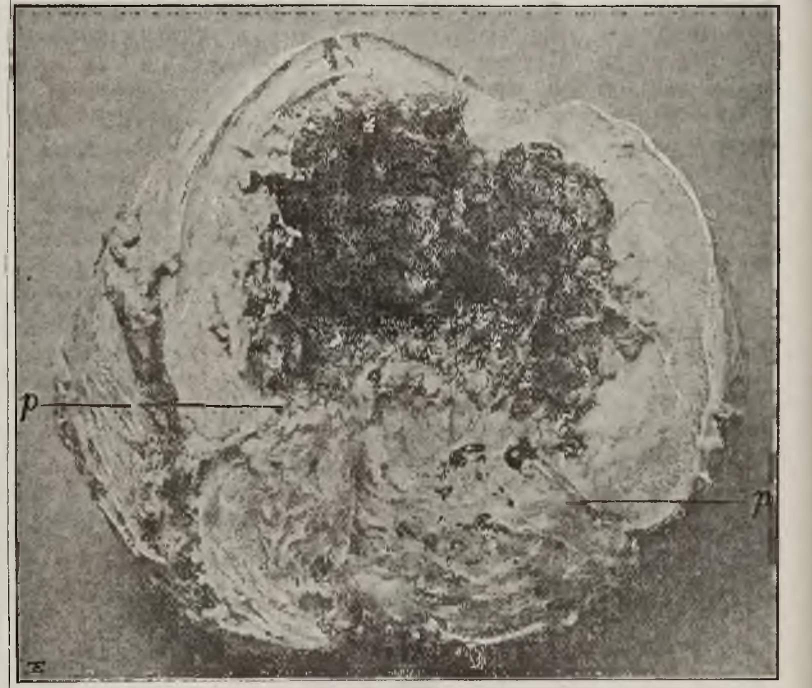
W przebiegu pooperacyjnym stan był bezgorączkowy; zmiana setonu codzienna do 4/II 1903, przyczem wydzielina z początku obfita zmniejszała się szybko — później zaś ograniczono się do lekko przeciwgnilnych przestrzykiwań rany słabym prądem.

10/2 1903. Badanie wykazało guz kształtu pomarańczy średniej wielkości, spłaszczonej z przodu ku tyłowi, przechylony ku zagłębieniu kości krzyżowej, mało ruchomy, od tyłu tkliwy.

D. 20/II 1903: Przetoka po operacyi zaciągnęła się znacznie, wydzielina bardzo skąpa, zawiera drobne okruchy starych skrzepów. Przystąpiono do drugiej operacyi, t. j. do wycięcia macicy przez laparotomię. Po otwarciu jamy brzusznej widać zlepy pomiędzy szczytem pęcherza moczowego i siecią, a po oddzieleniu sieci uwidoczniają się pozlepiane pętle jelit cienkich, pokrywające guz i tylną ścianę pęcherza. Najbliżej badającego palca znajduje się część tylnej ściany guza, pokryta szeroką krezką jelita cienkiego. Zaczęto w ułożeniu Trendelenburga ostrożnie oddzielać jelita na tępo, poczynając najpierw od szczytu pęcherza. Świeże jeszcze zlepy oddzielały się nadspodziewanie łatwo zarówno od pęcherza, jak i od szczytu guza. Uwidoczniło się przytem, że w czasie pierwszej operacyi otwarto zagłębienie pęcherzowo-maciczne, gdyż palec bez oporu schodzi po przedniej ścianie guza do jego podstawy. Rozlepienie blaszek zarośniętej zatoki Douglasa również nie napotkało na żadne trudności tak, że i z tej strony palec dosięgał dolnego bieguna guza. Po podciągnięciu guza zapomocą pętli jedwabnej uwidoczniły się obie cokolwiek zgrubiałe trąbki i jajniki, z których prawy, mniejszy, był cokolwiek torbielowato zwyrodniały. Pozostawiając przydatki, podwiązano oba więzadła szerokie tuż przy macicy szeregiem podwiązek jedwabnych. Po toalecie jamy brzusznej podciągnięto zapomocą szwów katgutowych kikuty więzadeł szerokich do dolnego kąta rany tak, że podwiązki jedwabne, tędy przeprowadzone, znalazły się pozaotrzewnowo. Powyżej zamknięto powłoki brzuszne.

Uzyskany preparat (*Fig. 9.*) ma kształt kuli wielkości średniej pomarańczy. Przy bocznych brzegach widać przekroje trąbek i naczyń

Fig. 9.



p = przetoka powstała po punkcyi.

więzadeł szerokich, zresztą powierzchnia pokryta strzępami zrostów. Na ścianie przedniej ku dołowi znajduje się otworek, pozostały po nakłuciu, z którego za uciskiem wypływa treść brudno-krwawa. Na przekroju poprowadzonym przez przetokę *(p)* widać ściany macicy grube na 1—3 ctm., najgrubsze przy dolnym biegunie guza, najcieńsze przy górnym. Jama macicy, prawie kulista, zawiera liczne kieszonkowate zagłębienia i wyścielona jest błoną śluzową, pokrytą przeważnie warstwą starych, silnie do podstawy przylegających skrzepów. Nie znajduje się nigdzie wyraźniej zaznaczonego ujścia wewnętrznego, ani przewodu szyi macicznej.

Przebieg pooperacyjny po tej operacyi był również bezgorączkowy: 10-go dnia wyjęto szwy brzuszne. Podwiązki odchodziły przez dolny kąt rany zwolna tak, że chora, opuszczając klinikę d 9/IV 1903, miała jeszcze 2 podwiązki, trzymające się dosyć silnie. Tak późne opuszczenie kliniki tłómaczy się obok powolnego oddzielania się podwiązek, także i tem, że stosowano powolne i systematyczne rozszerzanie przetoki, pozostałej po pierwszej operacyi, — co się bardzo łatwo dało do tego stopnia doprowadzić, że bez żadnego oporu i bez uczucia bólu ze strony chorej można było wprowadzić paluch cały pomiędzy pęcherz, a odbytnicę. Ściany tej przetoki po długiem tamponowaniu, przestrzykiwaniu i rozszerzaniu wygładziły się zupełnie, są bardzo podatne, a od dołu nasunął się na pewnej przestrzeni przybłonek. Zdaje się nie ulegać wątpliwości że spółkowanie w tych warunkach będzie możliwem bez wykonania operacyi plastycznej, do której, przynajmniej ze strony słabo rozwiniętych warg, mało nastręcza się materyału.

(C. d. n.)

II. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał
Dr. Leon Popielski
docent fizyologii.

(Ciąg dalszy).

III.

Z przytoczonych doświadczeń widzimy z całą dokładnością, że pod wpływem pilokarpiny wydziela się obficie płyn z przetoki żołądkowej. Zachodzi teraz pytanie, z jakim płynem mamy do czynienia? Przedewszystkiem należy zauważyć, że płyn ten nie przedstawia jednolitych własności w ciągu całego doświadczenia, ale zmienia się bardzo znacznie nawet w dwóch sąsiednich okresach tak co do oddziaływania, przezroczystości, ciągłości, zabarwienia, jak i własności trawiennych. Wogóle możemy powiedzieć, że z przetoki żołądkowej wydzielają się w rozmaitych okresach doświadczenia płyny następujących własności: 1) płyn gęsty, ciągnący się długiemi grubemi pasmami, przezroczysty jak szkło, oddziaływania słabo alkalicznego. Wydziela się z przetoki powoli, lecz po przerwie naraz w znaczniejszej ilości; stykając się z więcej płynną częścią wydzieliny, nie miesza się z nią, ale opada na dno naczynia w postaci oddzielnej warstwy. Przez szklaną watę nie przechodzi i własności trawiennej nie posiada żadnej. Niewątpliwie mamy do czynienia ze śluzem, przedstawiającym wytwór czynności powierzchownych gruczołów śluzowych żołądka i kiszek. Oprócz dużej ilości podobnego płynu wydziela się w rozmaitych okresach doświadczenia płyn również gęsty, przezroczysty, ale w postaci oddzielnych mniej lub więcej częstych kropli. Niewątpliwie jest to śluz, — wytwór czynności gruczołów powierzchownych błony śluzowej żołądka, a zapewne także i kiszek. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia sposób wydzielania się tego płynu w niektórych wypadkach, a mianowicie niekiedy śluz ten pojawia się raptownie, czasami jednocześnie z płynem, zabarwionym na żółto, w postaci jednego mniej lub więcej znacznego kłaczka; 2) wodnisty i przezroczysty, albo 3) zabarwiony na żółto, bardzo często z drobnymi nieprawidłowej formy strzępkami. Te dwa ostatnie rodzaje płynu stanowią główną, przeważającą część wydzieliny, otrzymywanej z przetoki żołądkowej. Oddziaływanie tego wodnistego płynu bywa przeważnie alkaliczne; tylko w niektórych doświadczeniach i to w bardzo krótkim czasie można stwierdzić oddziaływanie kwaśne. Oprócz tego zwraca na siebie uwagę charakterystyczny zapach płynu wodnistego, a mianowicie zapach ten przypomina płyn puchliny brzusznej, podobny do zapachu wilgoci w mieszkaniach. Płyn z przetoki żołądkowej nie wydziela się bez przerwy, równomiernie, lecz z znacznemi przerwami, zwykle odrazu w znacznej ilości, strumieniem. Ten sposób wydzielania się jest bardzo ważny, gdyż z tego jednego faktu można wnioskować o pochodzeniu tego płynu. Gdyby płyn ten pochodził z żołądka, to wydzielina trwałaby bez przerwy z większą lub mniejszą szybkością, jak to naprzykład widzimy przy wydzielaniu się soku pierwotnego podczas urojonego karmienia psa. Zwiększenie wydzieliny następowałoby wśród znaczniejszych skurczów żołądka, ale nigdy nie byłoby długiej przerwy, jaką spotykamy w naszych doświadczeniach. Fakt ten wskazuje, że znaczna część wydzieliny, wypływającej z przetoki żołądkowej, pochodzi z kiszek, w których nagromadzony płyn za pomocą ruchu robaczkowego przerzucony bywa do żołądka i odrazu w postaci strumienia wydziela się z przetoki. Niżej spotkamy się z innymi faktami, przemawiającymi za słusznością wypowiedzianego zdania. Jak to naprzód już można było przypuszczać, oddziaływanie płynu zwracało na siebie szczególną uwagę ze względu na to, że sok żołądkowy ma odczyn kwaśny. Ze szczegółowego opisu przytoczonych wyżej doświadczeń widać, że oddziaływanie płynu (stopień kwasoty albo zasadowości) jest rozmaite nietylko w rozmaitych doświadczeniach, ale zmienia się w przeciągu jednego i tego samego doświadczenia. W 4-ech wypadkach podczas całego przebiegu doświadczenia oddziaływanie pozostawało alkaliczne, chociaż stopień tej alkaliczności ulegał wahaniom od 0,25% NaHO do 0,6% NaHO.

W dwóch doświadczeniach oddziaływanie stawało się czasami kwaśnem; stopień kwasoty wahał się od 0,06% HCl do 0,26% HCl. Pozwolę sobie przedewszystkiem zwrócić uwagę na doświadczenia, w których płyn podczas całego doświadczenia pozostawał alkaliczny. Zasadowość ulegała wahaniom, które najzupełniej są zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że płyn nie zawsze był jednostajnym, że często zawierał znaczne ilości śluzu i żółci. W każdym razie doświadczenia te przemawiają najzupełniej wyraźnie za tem, że o wydzielaniu się soku żołądkowego nie może być mowy. Gdyby sok żołądkowy wydzielał się choć w niewielkiej ilości, niewątpliwie wystąpiłoby kwaśne oddziaływanie, albowiem płyn alkaliczny, który zobojętnia sok żołądkowy, występuje z kiszek po znacznej nieraz przerwie.

Zwłaszcza doświadczenia 1—3 są interesujące z tego powodu, że od samego początku do końca zasadowość przedstawia się prawie bez żadnych wahań i to względnie bardzo wysoką. Wreszcie, jeżeliby w tych doświadczeniach zasadowość ulegała zmianom ze względu na domieszkę soku żołądkowego, to ten ostatni możnaby było wykryć przy poszukiwaniu pepsyny, innemi słowy, określając własności trawienne zebranego płynu w kwaśnej reakcyi. Pomimo to, że zebraną w tych doświadczeniach wydzielinę rozprowadzałem kwasem solnym do 0,2% i do 0,3% HCl i przez to stwarzałem warunki sprzyjające dla działania pepsyny, białko gotowane kurze nie trawiło się zupełnie, a fibryna choć rozpuszczała się, jednak znacznie gorzej, aniżeli w płynie alkalicznym.

Wynika więc stąd, że pod wpływem pilokarpiny w doświadczeniach 1—4, sok żołądkowy nie wydziela się zupełnie.

Przejdę teraz do tych 2-ch doświadczeń, w których czasami pokazywał się z przetoki płyn o odczynie kwaśnym. Przedewszystkiem zwraca uwagę fakt, że kwasota podlega zmianom, wahając się w granicach od 0,06% HCl do 0,26% HCl; również i zasadowość wydzieliny alkalicznej w tychże doświadczeniach ulega wahaniom. Wyniki przytoczone niewątpliwie przemawiają za tem, że jednocześnie z wydzieliną o oddziaływaniu alkalicznem mieliśmy wydzielinę soku żołądkowego. Należałoby określić ilość soku żołądkowego, wydzielonego w tych doświadczeniach. Określenie to łatwo byłoby wykonać, gdybyśmy wiedzieli, jaką była zasadowość wydzieliny alkalicznej; niestety stopnia tego ściśle nie znamy. Jeżeli przypuścić, że mieliśmy do czynienia w doświadczeniu Nr. 5 z płynem o zasadowości = 0,26% NaHO, a w doświadczeniu Nr. 6 o zasa-

dowości = 0,25% NaHO, w takim razie okaże się, że soku żołądkowego o kwasocie = 0,47% (według określeń kwasoty soku w moich doświadczeniach) wydzieliło się:

w doświadczeniu Nr. 5 . . 15,2 ctm.^{3},
a w doświadczeniu Nr. 6 . 8,13 ctm.^{3}.

Jak widzimy, wielkości te są bardzo nieznaczne. Czy mogą one przemawiać za tem, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły żołądkowe? Pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że w powyższych doświadczeniach przed wprowadzeniem pilokarpiny sok żołądkowy wydzielał się w pewnej choć nieznacznej ilości. Wobec tego z doświadczeń tych możemy wyprowadzić tylko wniosek, że pilokarpina nie zmniejsza istniejącej wydzieliny soku żołądkowego.

Tak więc możemy co do gruczołów żoładkowych wypowiedzieć następujące zdanie: 1) pilokarpina nie pobudza ich do czynności; 2) jeżeli gruczoły żołądkowe funkcyonowały, to czynność ich pod wpływem pilokarpiny się nie zmniejszał.

IV.

Z powyższych doświadczeń wynika, że pod wpływem pilokarpiny wydziela się z przetoki żołądkowej płyn przeważnie alkaliczny. Co do źródła tego płynu, to już wyżej wzmiankowałem, że pochodzi on w przeważnej części z kiszek na co wskazywał fakt nagłego i w znacznej ilości ukazywania się wydzieliny. Pierwsze przypuszczenie, jakie nasuwa się co do charakteru tego płynu, jest to, że mamy do czynienia z sokiem trzustkowym. Za tem przypuszczeniem przemawiają następujące argumenta: 1) zasadowość zbliżona do zasadowości soku trzustkowego i zupełnie nie odpowiednia dla soku kiszkowego, 2) trawienie fibryny i 3) zamiana skrobi na cukier gonowy. Jednak wysoka zasadowość nie może mieć rozstrzygającego znaczenia dlatego, że stopień jej był oznaczony w płynie nieprzesączonym, albowiem przez watę szklaną i zwyczajne sączki płyny śluzowate nie przechodzą wcale. Co się zaś tyczy trawienia fibryny, to fakt ten nie może być dowodem, że mieliśmy do czynienia z fermentem białkowym trzustki dlatego, że fibryna niegotowana rozpuszcza się łatwo w wielu płynach alkalicznych, białkowatych. Rozstrzygające znaczenie mogło mieć działanie wydzieliny na gotowane białko kurze, które trawiło się w niej nadzwyczaj powoli, czego być nie powinno, gdyż ferment białkowy trzustki wobec żółci i soku trzustkowego okazuje nadzwyczaj energiczne własności trawiące, a obecność żółci i soku trzustkowego w wydzielinie była niewątpliwą. Niektóre własności chemiczne wydzieliny przemawiały wprost przeciwko przypuszczeniu soku trzustkowego. Wiadomo, że sok trzustkowy zawiera dużo sody; otóż, jeżeli do soku trzustkowego dolewać HCl, to wydziela się w dużej ilości CO_2 i płyn się burzy. Nic podobnego nie zachodziło przy dolewaniu HCl do otrzymywanego w naszych doświadczeniach płynu.

Aby jednak przekonać się ostatecznie, jaki udział przyjmuje trzustka w powstawaniu wydzieliny, podwiązałem u jednego psa (Nr. 2) pod chloroformem przewód Wirsunga, a kiedy rana zupełnie się zagoiła, przystąpiłem do doświadczeń. Jak to widać z doświadczeń NNr. 4 i 5, okazało się, że płyn wydzielający się jest takich samych własności, jak przedtem. Co do ilości, to trudno jest przeprowadzić odpowiednie porównanie dlatego, że u psa Nr. 2 w doświadczeniu Nr. 3, w którem przewód Wirsunga nie był podwiązany, ezofagotomia nie była wykonana; z tego powodu w wydzielinie z przetoki żołądkowej niewątpliwie była znaczna domieszka śliny. Wreszcie doświadczenia NNr. 4 i 5, w których u psa była wykonana ezofagotomia wykazują, że ilość wydzieliny podlega znacznym wahaniom, co zupełnie jest zrozumiałem wobec pochodzenia jej z kiszek: pod wpływem ruchu robaczkowego treść kiszek może być w niektórych przypadkach przerzucona w większej swojej części do żołądka, w innych zaś na zewnątrz przez odbytnicę. Że w przytoczonych doświadczeniach nie mogliśmy mieć do czynienia z sokiem trzustkowym, można było wnioskować *à priori* na zasadzie doświadczeń, podanych w pierwszej części tej pracy nad działaniem pilokarpiny na gruczoł trzustkowy: z doświadczeń tych widać, że sok trzustkowy pod wpływem pilokarpiny nie wydziela się wcale. Zatem płyn badany nie jest sokiem trzustkowym. Jakże jednak wytłómaczyć fakt, że płyn zebrany przy naszych doświadczeniach zamienia skrobię na cukier? Tę zamianę skrobi na cukier należy przypisać fermentowi skrobiowemu, zawierającemu się w soku kiszkowym, według badań Szepowalnikowa, Paszutina i innych.

Że w skład tego płynu wchodził sok kiszkowy, można było wnioskować jeszcze i z tego faktu, że domieszka nieznacznej jego ilości do soku trzustkowego podnosiła w wybitny sposób własności trawienne tego ostatniego. Z wyżej przytoczonych wyników badania możemy wyprowadzić wniosek, że w skład badanej przez nas wydzieliny niewątpliwie wchodzi sok kiszkowy, lecz że ona nie składa się wyłącznie tylko z niego. Doświadczenia Szepowalnikowa, Masłowa i innych wskazują, że pilokarpina wywołuje rzeczywiście bardzo obfitą wydzielinę soku kiszkowego; tak n. p. z części kiszek długości 40 ctm. Szepowalnikow otrzymał 24,4 ctm.^{3} soku kiszkowego. Możemy więc z dużem prawdopodobieństwem powiedzieć, że wydzielina w przeważnej części składa się z soku kiszkowego, ale nie wyłącznie z niego jednego. W naszych doświadczeniach zasadowość wydzieliny = 0,25%—0,6% NaHO, gdy tymczasem zasadowość soku kiszkowego według doświadczeń Szepowalnikowa = 0,03%—0,1%. Oczywiście więc w skład badanego płynu wchodzą takie części, które podnoszą jego zasadowość. Najprawdopodobniej temi składowemi częściami jest żółć, obecność której w wydzielinie można wykryć z łatwością. Teraz możemy wypowiedzieć o charakterze otrzymywanej wydzieliny następujące zdanie: Wydzielina ta: 1) nie zawiera w sobie soku trzustkowego, a sok żołądkowy znajduje się w postaci nieznacznej domieszki i tylko w niektórych doświadczeniach; 2) składa się zaś w przeważnej części z soku kiszkowego, w mniejszej z żółci i niewielkiej ilości śluzu. Czy nie zawiera w sobie jeszcze jakich innych części, o tem możemy wypowiedzieć tylko przypuszczenie, mniejwięcej prawdopodobne, lecz bez ściśle ugruntowanych faktów. Zapach wodnistej części wydzieliny przypomina sobą, jak wyżej nadmieniliśmy, zapach płynu z puchliny brzusznej; z pewnem prawdopodobieństwem można przypuszczać, że i w naszych doświadczeniach mamy do czynienia z niewielką domieszką przesięku, pochodzącego z rozszerzonych pod wpływem pilokarpiny naczyń krwionośnych błony śluzowej kiszek. Okolicznością sprzyjającą [1])

[1]) Szepowalnikow spostrzegał wydzielanie się pod wpływem pilokarpiny całych płatów nabłonka błony śluzowej kiszek. Fakt ten przemawia na korzyść uczynionego przypuszczenia

przechodzeniu płynnej części krwi do kiszek, jest zwiększone ciśnienie krwi przy rozszerzonych naczyniach obwodowych.

V.

Obecnie, kiedy dokładnie poznaliśmy działanie pilokarpiny na jelita, możemy przejść do wyjaśnienia, dlaczego w pewnych ściśle określonych warunkach sok trzustkowy wydziela się pod wpływem pilokarpiny. Warunki te sprowadzają się do obecności w jelitach kwaśnego płynu, jak to np. bywa u psa niedawno nakarmionego przed doświadczeniem. Jeżeli więc przed doświadczeniem wydzielać się będzie sok trzustkowy, to po wprowadzeniu pilokarpiny wydzielina wyraźnie się wzmoże, jak to widać z doświadczenia Nr. 10, wykonanego na psie z przewlekłą przetoką trzustkową. Widzieliśmy wyżej, że pilokarpina wywołuje bardzo energiczny ruch robaczkowy w kiszkach; otóż kwaśny płyn (np. sok żołądkowy), przesuwając się wzdłuż jelit, styka się z coraz to nowemi częściami błony śluzowej i wywołuje cały szereg bodźców, które sumując się, wywołują spotęgowanie czynności trzustki. Jednocześnie jednak pod wpływem pilokarpiny zachodzą zjawiska, które nie sprzyjają działaniu kwaśnych płynów na trzustkę. A mianowicie, obficie wydzielający się alkaliczny sok kiszkowy zobojętnia kwaśne płyny i zmniejsza ich pobudzające działanie. Mogą więc być takie przypadki, że kwas solny nie wywoła wydzieliny, albo bardzo nieznaczną. Również zupełnie zrozumiałem jest, że ilość kwasu solnego, wprowadzanego do dwunastnicy, odgrywa rolę Jeżeli wprowadzimy niewielką ilość, to nastąpi zupełne zobojętnienie i działania kwasu solnego możemy nie dopatrzeć. Stąd wynika wniosek, że dla otrzymania wydzieliny należy wprowadzać kwas solny w ilości większej od pewnego *minimum*. Doświadczenia 4, 5, 6 (części pierwszej) wykazują, że ilość ta dla kotów nie powinna być mniejszą od 30 ctm.^{3}, albowiem wprowadzenie 10 ctm.^{3} w doświadczeniu Nr. 3 spowodowało bardzo słabą wydzielinę. Naturalnie, że tylko co przytoczone wyjaśnienie badanej wydzieliny soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny, bynajmniej nie wyklucza pobudzającego jej działania na zakończenie obwodowych n. n. wydzielniczych w innych gruczołach; dla trzustki zdaje mi się jednak jest ono więcej prawdopodobnem. (Dok. n.).

III. Wyciągi.

Kosiński. **O granicach okresów macicznego zakażenia kiłowego.** (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.* Tom 18, Zesz. 3, 1903). W pracy tej autor omawia ważne pytanie, od jakiego czasu kiła rodziców nie przenosi się przez czynność rozrodczą na potomstwo. W pierwszym okresie zwiastunowym, przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, kiła zdaje się nie przenosić przez akt zapłodnienia; natomiast na podstawie 7 przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie musimy przyjąć możliwość takiego przenoszenia w drugim okresie zwiastunowym, to zn. aż do wystąpienia ogólnej osutki. Od tej chwili przenoszenie się choroby drogą płciową trwa stale dłuższy czas, bez względu na to, czy zewnętrzne objawy kiły wystąpią lub nie, czyli, że choroba ta może się przenieść drogą maciczną na potomstwo także w czasie między pojedynczymi wybuchami osutki, nadto dłuższy czas po ostatnim nawrocie, nawet wtedy, gdy kiła zdaje się już wygasła w ustroju w t. zw. *stadium latentiae*, kiedy przez dotyk nie jest więcej zaraźliwą. W tem właśnie trwaniu zdolności przenoszenia choroby po za okresem bezpośredniego zakażenia tkwi różnica między kiłą udzieloną przez zapłodnienie, a nabytą przez dotyk, t. zn., że kobieta zakażona kiłą może urodzić dziecko, chore, mimo że ona sama nigdy nie okazywała zewnętrznych objawów kiły. Dla lekarza praktycznego najważniejszem jest pytanie, jak długo trwa ta możliwość przenoszenia? Lesser przypuszcza, że czas ten różny jest u kobiet i mężczyzn, a tłómaczy to w następujący sposób: jajka tworzą się w jajnikach już od wczesnej młodości; jeżeli więc zarodki kiłowe w jakimś czasie dostaną się do pęcherzyka jajnikowego, to mogą one tam pozostać nawet szereg lat, aż jajko to, opuściwszy jajnik, zostanie zapłodnione; wówczas dopiero kiła rozwija się dalej już w rosnącem jaju. Według tej teoryi kobieta może przenieść kiłę na potomstwo podczas całego okresu rozrodczego. U mężczyzny nasienie odnawia się bardzo szybko i w wielkich ilościach zostaje wydalane, a z niemi naturalnie i zarodki kiłowe. Kiła więc u mężczyzny mogłaby być przeniesioną na potomstwo tylko w okresie zarażenia, kiedy mikroby kiłowe, krążąc po całym ustroju, ciągle znowu dostają się do jąder, a z nich z nasieniem na zewnątrz. Teoretycznie wywody te, zresztą bardzo ponętne, są możliwe: na razie jednak trudno im przypisać jakieś większe znaczenie, o ile opierają się na faktach, zupełnie nam dotychczas nieznanych. Nie znamy przedewszystkiem dotąd owych mikrobów kiłowych, nie wiemy, w jaki sposób one się łączą z komórkami zarodkowemi, jak się to przenoszenie odbywa, czy wogóle przez nasienie, czy może drogą krążenia łożyskowego (Matzenauer). Według autora i wielu innych kiła płodowa jest zawsze tylko pochodzenia ojcowskiego; za tem świadczą przypadki, gdzie zakażony kiłą ożenił się w okresie już ukrytej kiły i miał ze swoją żoną kilkoro dzieci kiłowych, podczas gdy żona sama nigdy nie okazywała objawów kiły i pozostała zdrową; tu więc tylko płód okazywał istnienie ukrytej kiły ojca. Na pewno więc powiedzieć, kiedy kiła zupełnie wygasła u osobnika, właściwie nie można nigdy. Autor przytacza przypadki, gdzie w 12, 15, a nawet i 20 lat po pierwotnem zakażeniu ojca rodziły się dzieci kiłowe, niezdolne do życia. Trudno się również dopatrzeć jakiegoś związku między pozostałościami po przebytej kile w postaci powiększonych gruczołów, blizn, plam barwikowych, bezbarwności skóry — a zdolnością przenoszenia kiły. Starano się także rozwiązać to pytanie na podstawie badania nasienia (Joseph i Piórkowski) i na podstawie dat statystycznych (Fournier), na razie jednak bez niezbitych wyników. Fournier przyjmuje, że przeciętnie 5 lat po zakażeniu kiła jest już tak osłabioną lub wyleczoną, że przenoszenie maciczne więcej nie następuje. Według innych statystyk kiła dopiero w 9 lat po zakażeniu rzadko tylko bywa przenoszoną na potomstwo. Mracek podaje statystykę, gdzie w 43% przypadków kiła matki przenosiła się od 2—6 lat po zakażeniu, w 7% od 6—25 lat. Co się tyczy przenoszenia kiły w jej okresie trzeciorzędnym, lub w drugiem pokoleniu, to zdania są podzielone. Większość jednak przyjmuje, że ten III okres kiły — nie jest więcej dla potomstwa niebezpiecznym, że jednak przenoszenie w drugiem pokoleniu, t. zn. z osobników z kiłą wrodzoną, jest możliwe. Teoretycznie nie można tej zasadzie nic zarzucić, jeśli się zważy, że kiła wrodzona objawia się czasem, jak nabyta, a nawet może mieć cięższy przebieg i że może się udzielić wprost przez dotyk. W dalszym ciągu omawia autor wpływ leczenia swoistego na zdolność przenoszenia kiły. Nie ulega kwestyi, że wpływ taki istnieje i wszystko, co wyżej zostało powiedziane o czasie trwania zdolności przenoszenia, ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli miało miejsce dokładne leczenie rtęciowe. Samo tylko leczenie, choćby najforsowniejsze, bez przeczekania tego czasu, koniecznego od pierwotnego zakażenia, nie powstrzyma przenoszenia kiły. Nasilenie kiły rodziców niema żadnego wpływu na niebezpieczeństwo przenoszenia jej na potomstwo; autor podaje przypadki, gdzie kiła o bardzo lekkim przebiegu u rodziców wywierała bardzo zgubny wpływ na dzieci, gdyż matki te, w jednym przypadku między 7—15, w drugim między 9—20 rokiem po zakażeniu, urodziły 9, względnie 6 płodów, jużto zmacerowanych, jużto niezdolnych do życia. W końcu autor wyprowadza na podstawie powyższych wywodów wnioski praktyczne, dotyczące przyzwolenia na małżeństwo. Wrodzoną kiłę można zwalczać tylko zapobiegawczo; ani leczenie pośrednie płodów przez leczenie matki w czasie ciąży, ani bezpośrednie po ich urodzeniu, nie dają pewnych wyników. Główne znaczenie ma pouczenie chorego na kiłę, jak się ma zachować. W tym celu należy naprzód zwrócić baczną uwagę na wywiady; badanie przedmiotowe ma mniejsze znaczenie, chyba że są widoczne objawy kiły drugorzędnej, a wtedy o przyzwoleniu na małżeństwo niema mowy. Między pierwotnem zakażeniem a zapłodnieniem powinno upłynąć 5 lat, przyczem należy zwrócić uwagę, że i po tym czasie możliwość przeniesienia kiły na potomstwo nie jest wykluczoną i że dlatego dobrzeby było czekać do 9 roku po zakażeniu. Jeżeli stosunki zewnętrzne zmuszają, należy żądać jako *minimum* 3 lat lub $1^1/_2$ roku po ostatnim nawrocie. Jeżeli chory na ten czas absolutnie zgodzić się nie może, nie wolno lekarzowi brać żadnej odpowiedzialności; należy jednak zwrócić uwagę chorego, aby o ile możności nie nastąpiło zapłodnie-

nie, a równocześnie poddał się dokładnemu leczeniu. Tylko ścisłe i energiczne stanowisko lekarza może zapobiedz tak bardzo rozpowszechnionej w tym kierunku następowej nędzy fizycznej i moralnej.

Dr. E. Ehrenpreis.

Deutsch. **Samobójstwo u dzieci.** (*Archiv f. Kinderheilk.* 1904, T. 38). Szczupłą literaturę, zajmującą się tym przedmiotem, wzbogacił autor zestawieniem 200 przypadków samobójstw u dzieci. Statystyka stwierdza, że smutny ten objaw niedomagania dzisiejszych urządzeń społecznych staje się coraz częstszem zjawiskiem: od roku 1798 do 1797 zdarzył się w Berlinie jeden tylko przypadek samobójstwa u dziecka; w następnem dziesięcioleciu (1798 do 1807) zanotowano 3 przypadki tego rodzaju, a w latach 1812—1821 stwierdzono już 31 samobójstw u dzieci. W ciągu XIX stulecia liczby te podnoszą się stale tak, że w ostatnich trzech dziesiątkach lat naliczono samobójstw u dzieci w samych Prusach przeszło 1700. Jako główną przyczynę uważa autor system szkolny wychowania, wygórowane ambicye rodziców i egzamina, „których działanie na młody ustrój można porównać do ciężkiej choroby, powodującej poważne zaburzenia w tym właśnie narządzie, który w owym czasie z największym wysiłkiem pracuje — w mózgu“. Okoliczności te mogą stać się przyczyną samobójstwa albo bezpośrednio, albo też pośrednio, powodując chorobliwą pobudliwość układu nerwowego. Ważnym czynnikiem przyczynowym jest opłakane położenie materyalne klas pracujących i wczesne zapoznanie się dzieci z bezlitosną walką o byt. Teoryę Queteleta i Wagnera, według której liczba samobójstw przedstawia podobnie, jak liczba narodzin i śmierci, pewną niezmienną prawidłowość, uważa autor za podobnie błędną, jak teoryę, która upatrywała tej prawidłowości w śmiertelności osesków: podobnie jak zwiększenie lub zmniejszenie tej ostatniej zależy od racyonalnej higieny żywienia, tak samo umiejętnie stosowana „higiena duszy“ może zdaniem autora skutecznie zwalczać częstość samobójstwa u dzieci, ten najsmutniejszy dokument współczesnej cywilizacyi.

Zestawienie autora obejmuje wiek od 5-go do 20-go roku życia. Podczas gdy w statystyce Siegerta najmłodsze dziecko liczyło 5 lat, w zestawieniu autora pierwsze samobójstwo przypada na rok siódmy życia. Do 10 lat życia liczby są bardzo nizkie; szybko podnoszą się od jedenastego roku i utrzymują się do 16-go roku na tym poziomie, poczem znów nagle częstość samobójstw bardzo znacznie opada.

Przyczyny w poszczególnych przypadkach były następujące: Obawa kary 58; złe świadectwo 28; złe obchodzenie się 18; choroba 12; wpływ książek 2; zmartwienie 5; otrzymana kara 25; miłość 11; nostalgia 1; niezadowolenie z zawodu 5; przyczyna nieznana 35. — Sposoby w jaki poszczególne samobójstwa zostały wykonane: utopienie 46; powieszenie 17; strzał 44; trucizna 14; ostre narzędzia 2; przejechanie 9; wyskoczenie z okna 39; spalenie 1; nieznany sposób 3.

W końcu podaje autor krótkie streszczenia owych 200 przypadków, zaczerpnięte z kronik dziennikarskich ostatnich trzech lat.

Dr. T. Żeleński.

Pręgowski. **W sprawie kurczowego zaparcia stolca.** (*Wiener medic. Presse*, Nr. 1). Autor wykazuje, że tak zw. przez Singera *obstipatio spastica idiopathica*, występująca u osób nerwowych, nie jest samoistną jednostką chorobową, lecz tylko jednym z wielu objawów opisanej przez autora nerwicy, znanej zwykle pod nazwą neurastenii okresowej; dla tych też powodów i usuniętą być może tylko przy wyleczeniu omawianej choroby podstawowej.

Pręgowski. **W sprawie obchodzenia się z suchotnikami po ich przewiezieniu do zakładów klimatycznych.** (*Zeitschrift f. Tuberkulose und Heilstättewesen*, 1904, V. 3). Autor przedstawia jeden przypadek i powołuje się na liczne inne, w których pacyenci, przywiezieni do zakładów, w pierwszych dniach czują się rzeźko, a dopiero potem doznają kilkodniowego znacznego pogorszenia, które niekiedy kończy się śmiercią. Objaw ten jest analogiczny do spotykanego także u ludzi zdrowych, którym również trudy dłuższej podróży dają się zwykle we znaki nie bezpośrednio po przybyciu do celu podróży, lecz w parę dni potem. Oprócz trudów podróży — działają tu niezawodnie także różnice klimatyczne. Autor przestrzega przed łudzeniem się — podniesionem samopoczuciem chorych w pierwszych paru dniach po przybyciu do sanatoryum i sądzi, że z małym wyjątkiem należy tych chorych od chwili przyjazdu traktować, jak znajdujących się w poważnem niebezpieczeństwie życia, a więc trzymać go w łóżku, stosować odpowiednią dyetę itp. Wprawdzie nie zostanie przez to wyzyskany w całej pełni bodziec, jaki niezawodnie nagła zmiana warunków wywiera na wymianę materyi: za to uniknie się nie jeden raz zgonu chorego, tem boleśniejszego, że nieoczekiwanego.

Moor. **Leczenie ostrego zatrucia morfiną i makowcem zapomocą nadmanganezianu potasu.** (*Therap. Monatschrift* XVII, str. 562). Autor zauważył łatwość, z jaką nadmanganezian potasowy utlenia morfinę, nawet w obecności innych, łatwo się utleniających ciał organicznych. Przenosząc doświadczenia *in vitro* na ustrój żyjący stwierdził, że nadmanganezian potasowy, podany w roztworze przez usta, bądź podskórnie, lub śródżylnie królikom, zatrutym morfiną, działa jako pewna odtrutka. Mimo niezawodnych skutków tego sposobu leczenia zatrucia morfiną także u ludzi, bez względu na sposób podania ustrojowi nadmanganezianu, zalecają niektórzy autorowie jedynie drogę przewodu pokarmowego, przypuszczając, że przy wstrzykiwaniu nadmanganezian na miejscu ulega rozkładowi, a tem samem musi działanie swe utracić. Ten rozdźwięk między doświadczeniem, a teoryą usiłuje autor usunąć. Z doświadczeń autora wynika, że nadmanganezian potasowy działa na białko w ten sposób, że utleniając je, wchodzi zarazem z niem w związek na oksyprotsulfonian manganu, z którego po pewnym czasie (do 24 godzin) wydziela się osad dwutlenku manganu, zostawiając w roztworze wolny kwas oksyprotsulfonowy Malyego. Proces rozpadu na wolny kwas dokonuje się dzięki hidrolizie, przy której odszczepia się wolny tlen. W ten sposób tłómaczy autor doświadczenia, w których roztwory białka i nadmanganezianu potasu po dodaniu morfiny nie okazywały smaku gorzkiego, ani nie działały toksycznie. Podobnie zachowywały się mieszaniny roztworu morfiny, czyto z krwią, czy z roztworami hemoglobiny, po dodaniu do nich roztworu nadmanganezianu potasowego. Autor przedstawia sobie działanie wstrzykiwań podskórnych, czy śródżylnych nadmanganezianu potasowego w ten sposób, że na miejscu wstrzyknięcia tworzy się z białkami płynnemi tkanki, a we krwi z hemoglobiną sól manganowa kwasu oksyprotsulfonowego, która, rozchodząc się po ustroju, w zetknięciu z morfiną utlenia ją, tem samem zamienia na ciało, ustrojowi nieszkodliwe.

Sposób leczenia zatem jest następujący: ponieważ wessana już morfina, czy makowiec, wydzielają się powrotnie do żołądka i kiszek, należy zażyć wewnętrznie wystarczającą ilość nadmanganezianu 0·5 do 1·0 grm. w szklance wody (1 grm. nadmanganezianu potasu utlenia około 1 grm. soli morfiny, co odpowiada 60 grm. nalewki makowca). Wobec skuteczności tego środka uważa autor przepłókiwanie żołądka za zbyteczne; również podawanie środków wymiotnych, zwłaszcza, że błona śluzowa żołądka ma nie oddziaływać na nie, wskutek stanu znieczulenia w zatruciu morfinowem. Dla zobojętnienia krążącej w ustroju morfiny radzi autor wstrzykiwać podskórnie roztwory najwyżej $^{1}/_{2}$ procentowe w ilości 10 do 15 ctm.^{3} na 2 lub 3 miejscach ciała. Jeśli te wstrzykiwania nie usuwają objawów, można je ponowić. Jeśli zależy na pewności i szybkości działania, zalecają się wstrzykiwania śródżylne. Autor przestrzega przed używaniem silniejszych roztworów nadmanganezianu, które działają żrąco.

W zatruciach innymi alkaloidami, z wyjątkiem chininy, nadmanganezian potasowy nie okazuje żadnego działania.

Orzechowski.

Oberwinter. **O osutkach, szczególnie płonicowatych, występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 61 i 52). Postępom technicznym przy wytwarzaniu surowicy, a szczególnie surowic wysokowartościowych, które przedstawiają znaczną ilość jednostek przeciwjadowych w mniejszej ilości surowicy zwierzęcej, mamy do zawdzięczenia, że osutki posurowicze stały się coraz rzadsze i lżejsze. Autor omawia swoje spostrzeżenia z jednego roku, w którym wykonał 200 wstrzyknięć surowicy. Tak zwane osutki późne, które występują dopiero po trzech tygodniach i mają cięższy przebieg, bardzo rzadko zauważono. Osutki miejscowe naokoło miejsca zastrzyknięcia i różnego wejrzenia spostrzegano nieraz; przebiegały one bez zaburzeń ogólnych i trwały zawsze krótko. Osutek ogólnych, bądź w postaci odry, pokrzywki, rumienia wypocinowego wielokształtnego lub mieszanych było pięć, występowały one między 1 a 10 dniem i trwały $^{1}/_{2}$—4 dni; objawy ogólne były mniej lub więcej lżejsze lub cięższe, taksamo gorączka; w dwu przypadkach mocz zawierał białko. Natomiast osutek płonicowatych było mnóstwo i tu właśnie rozpoznanie różniczkowe było tem trudniejsze, że przez rok spostrzegania panowała dość rozpowszechniona epidemia płonicy i oczywiście w wielu przypadkach osutki, występujące po wstrzyknięciu surowicy, okazały się płonicą; w innych przypadkach rozpoznanie było chwiejne i pozostało tak nadal, albo niekiedy wystąpiły później objawy zniewalające do następowego rozpoznania płonicy. Przytem pokazało się, że podany przez niektórych autorów objaw różniczkowy między płonicą a osutką płonicowatą, mianowicie, że te ostatnie wychodzą z miejsca zastrzykiwania, a nie z szyi i piersi, jak płonica, nie jest prawdziwym, a nawet wprost zwodniczym, gdyż osutki, będące prawdziwą płonicą, wyszły kilkakrotnie z miejsca zastrzykiwania i prawie we wszystkich tych przypadkach

pierwotna błonica lub dławiec były bakteryologicznie stwierdzone. Również ten szczegół, że osutki płonicowate, występujące w pierwszych pięciu dniach po zastrzyknięciu, są płonicą, nie jest prawdziwym. Autor zatem sądzi, że albo podczas pobytu w szpitalu nastąpiło u tych dzieci zakażenie płonicą, albo już przedtem nastąpiło zakażenie podwójne, równocześnie błonicą i płonicą, które po sobie wystąpiły. O. przychodzi do wniosku, że występujące w pierwszych pięciu dniach po zastrzyknięciu surowicy osutki płonicowate należy z wielką ostrożnością rozpoznawać, gdyż najczęściej okażą się one jako prawdziwa płonica, a początek osutki z miejsca zastrzyknięcia wcale nie przemawia za osutką posurowiczą, ponieważ zdarza się i przy prawdziwej płonicy; jednak autor nie wątpi, że zdarzają się i prawdziwe osutki posurowicze płonicowate.

Dr. Fels.

Prochazka. **Endocarditis experimentalis.** (*Sbornik klinicky* 1894, T. 5, Zesz. 2). Dawniej uważano tylko wrzodziejące zapalenie wsierdzia za zakaźne, zapalenie zaś brodawkowe uważano bądź za zakaźne, bądź za niezakaźne, ponieważ najczęściej nie znajdowano w brodawkowatych wyroślach na zastawkach żadnych bakteryi. Dopiero nowsze badania dowiodły, że bakterye giną w toku zapaleń wsierdzi tak szybko, iż znaleść je można tylko w świeżem zapaleniu wrzodziejącem. Próbując sztucznie wywołać zapalenie wsierdzia, przekonano się przez mnogie doświadczenia, że samo wprowadzenie drobnoustrojów ropotwórczych do krwi nie wystarcza, aby powstało zapalenie wsierdzia. Powstaje wtedy tylko ogólne zapalenie bez zmian na wsierdziu; aby one powstały, trzeba jeszcze czynników, działających na samo wsierdzie, jakimi w doświadczeniach były n. p. mechaniczne lub chemiczne uszkodzenia zastawek. Z takiemi doświadczeniami można zestawić przypadki zapalenia wsierdzia, zdarzającego się u ludzi po urazach klatki piersiowej. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie: w ogromnej zaś większości przypadków powstają zapalenia wsierdzia bez współdziałania urazu w sercu poprzednio zdrowem w toku rozmaitych chorób zakaźnych. Otóż autor postanowił zbadać, jakie to czynniki usposabiają wsierdzie do zapalenia wtedy, gdy niema wpływu czynników mechanicznych, urazowych.

Nasuwało się tu przedewszystkiem przypuszczenie, wypowiedziane już przez Leubego, ale niczem przez niego nie poparte, że czynnikiem, przygotowującym wsierdzie do rozwoju zmian zapalnych, są jady bakteryi. To przypuszczenie należało doświadczalnie sprawdzić. W tym celu wstrzykiwał autor psom podskórnie rozmaite jady, jak n. p. jad prątka błoniczego — w 7 doświadczeniach, jad prątka durowego — w 2 doświadczeniach, jad prątka ropy błękitnej i t. d. Wywoławszy dostateczny stopień zatrucia, wstrzykiwał potem autor do krwi hodowlę takich drobnoustrojów, o których wiadomo, że mogą wywołać zapalenie wsierdzia, a więc gronkowce — w 7 doświadczeniach, paciorkowce — w 2 doświadczeniach, w jednem zaś doświadczeniu prątka Friedländera. Wszystkie psy, z wyjątkiem jednego, któremu wstrzyknięto zbyt słabą hodowlę paciorkowców i który dzięki temu doświadczenia przetrzymał, zginęły na 4—8 dzień po wstrzyknięciu bakteryi, a przy sekcyi znaleziono, oprócz obrazu ogólnego zakażenia, także wybitne zmiany zapalne na zastawkach, zarówno w prawej, jak i w lewej połowie serca, przedewszystkiem jednak na zastawce trójdzielnej. To sadowienie się zmian, przedewszystkiem na zastawce trójdzielnej, tłómaczy się łatwo tą okolicznością, że autor wstrzykiwał mikroby do żyły szyjnej, a więc niemal wprost do prawej komórki serca. Zapalenie wsierdzia pojawiało się w postaci bądź brodawkowej, bądź wrzodziejącej, bądź wreszcie mieszanej.

Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że jady drobnoustrojów wytwarzają na zastawkach usposobienie do zmian zapalnych, których nie można wywołać ani przez wstrzyknięcie samych tylko jadów. W przypadkach zapalenia wsierdzia w toku chorób zakaźnych po zadziałaniu jadów na wsierdzie, mogą wywołać jego zapalenie, albo te same mikroby, które są przyczyną choroby głównej, albo też jakieś inne, później do ustroju dostające się bakterye — zakażenie dodatkowe. Jady bakteryi działają niewątpliwie na wszystkie śródbłonki ustroju jednakowo szkodliwie; pomimo tego w zapaleniu wsierdzia, wywołanem doświadczalnie, sadowią się zmiany przedewszystkiem w tych częściach wsierdzia, w których zdarzają się najczęściej także w przypadkach samorodnego zapalenia u ludzi. Autor wnosi z tego, że nie należy lekceważyć wpływu czynników mechanicznych, działających już fizyologicznie na zastawki; sprawa ta nie jest jednak tak prosta, jak dawniej sądzono, i sam wpływ tych czynników nie wystarcza do wytłómaczenia zwykłej siedziby zmian na zastawkach, jeżeli się obok niego nie przyjmie wpływu jadów.

C.

Racine i Bruns. **Przyczynek do etyologii tężca gośćcowego.** (*Deutsche Mediz. Wochenschr.*, 1893, 43.). Nie należy nazywać tężcem samoistnym lub gośćcowym przypadków, w których nie znalazło się bramy zakażenia; przysługuje im raczej nazwa przypadków ukrytych (*tetanus cryptogeneticus*). Dowodem tego jest jedno spostrzeżenie autorów. Chory cierpiał przed trzema tygodniami na ucho i pręcikami z miotły, którą w kopalni zamiatał, czyścił sobie zewnętrzny przewód uszny. Wystąpiły objawy tężca, a dokładniejsze badania wykazały, że surowica krwi chorego, zastrzyknięta zwierzętom, wywołała tężec, że cząstki, wzięte z ucha prawego, jak woskowina i pyły, dawały przy badaniu drobnowidowem i w hodowli na nieneutralizowanej żelatynie wynik dodatni. Wyhodowanymi prątkami tężca zaszczepione myszy padały wśród wybitnych objawów, cechujących tę chorobę. To dowodzi, że miejscem zakażenia było ucho prawe. Przypadek przez 5 dni był dość ciężkim. Chory dostał trzy razy po 12 ctm antytoksyny tężcowej o 100 jednostkach, a już po 4 dniach nastąpiło polepszenie tak, że trzecia dawka była właściwie dana tylko zapobiegawczo. Leczenie surowicą powinno być przedsiębrane w każdym, choćby najlżejszym przypadku, nadto powinno się badać pilnie dla wyszukania bramy zakażenia.

B. Żmigród.

Holub. **W sprawie leczenia tężca antytoksyną.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903. Nr. 31). Kobieta 41-letnia skaleczyła się, przyczem drzazga utkwiła w ranie. W trzy dni później wystąpiły pierwsze objawy zakażenia tężcowego i mimo codziennych wstrzykiwań 100 jednostek antytoksyny Behringa, stosowanych podoponowo od siódmego dnia choroby, chora umarła 11-go dnia. Przypadek ten charakteryzuje się krótkością trwania okresu wylęgania i szybkiem rozwinięciem się objawów, co z góry uważać należy za prognostycznie niepomyślne. Przypadków leczonych dotychczas wstrzykiwaniami podoponowemi antytoksyny jest wraz z opisanym 26; z tych 18 (69·2%) zakończyło się zejściem śmiertelnem. Zły wynik w przypadku autora przypisać należy drazzdze, która, będąc zakażoną, pozostawała w ranie, przez co była ustawicznem źródłem, zasilającem zakażenie tężcowe. Wyjęta bowiem po śmierci chorej dała na bulionie płyn, który w ilości 1 $ctm.^3$ wywoływał u zwierząt typowe objawy zakażenia tężcowego. Ponadto leczenie było spóźnione. Należy zatem albo już zapobiegawczo, albo bardzo wcześnie stosować surowicę przeciwtężcową. Zajmującym jest ten przypadek jeszcze o tyle, że myszy, szczepione płynem, otrzymanym przez nakłucie, pozostały przy życiu, a więc dały wynik ujemny, podczas gdy zazwyczaj w podobnych przypadkach to się nie wydarza.

B. Żmigród.

Gebele. **O drążących ranach postrzałowych i kłutych brzucha.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1903, 33). Dotychczasowe wyniki przemawiają za tem, że w przypadkach zranień drążących brzucha należy operować, i to operować jaknajwcześniej, gdyż przez to powstrzymuje się pewnie krwotok i posokowate zapalenie otrzewnej. Należy szczególniej operować podczas pokoju; podczas wojny niema się odpowiednich warunków do operowania i jest się zmuszonym zająć stanowisko wyczekujące, jednakże krwotok wewnętrzny jest i wtedy bezwarunkowem wskazaniem do podjęcia operacyi; usuwa się go, jak również i nagłą niedokrewność, wywołaną utratą krwi, przez podskórne wstrzykiwanie 0,75% roczczynu soli kuchennej, a pragnienie przez nizkie lewatywy z soli w tymsamym roczczynie. Jamy brzusznej autor nie sączkuje, lecz przemywa ją roczczynem soli kuchennej i zeszywa zupełnie powłoki brzuszne. Dobry opatrunek przylepcowy pozwala zapobiedz wytworzeniu się przepukliny brzusznej, później daje autor zamiast przylepca opaskę brzuszną. Statystyka uczy także, że wyniki po operacyach z powodu ran kłutych są lepsze, niż po ranach postrzałowych.

B. Żmigród

Karewski. **Chirurgiczne leczenie ropni płucnych, w szczególności trwałość jego wyników.** (*Münchener med. Wochenschrift* 19(3, Nr. 41). K. dzieli ropnie płucne na powstałe po zapaleniu płuc i na takie, których przyczyną są ciała obce. Wyleczenie dobrowolne w jednym i drugim przypadku nie wydarza się zbyt często, a w przypadkach powstałych przez dostanie się ciała obcego do płuc wyleczenie może nastąpić tylko przez wydalenie tegoż ciała obcego, bądź dobrowolne, bądź też drogą operacyjną. Leczenie operacyjne daje tem lepsze wyniki, im wcześniej jest stosowane; wpływa to także na trwałość wyleczenia. Co do swoich przypadków, to ma ich autor siedem, z których cztery utrzymują się w dobrem zdrowiu już od przeszło pięciu lat, a trzy od przeszło trzech lat. Z tego też powodu uważa autor swoje przypadki za trwale wyleczone. Sposób operacyjny zależy od czasu powstania ropnia; jeśli ropień jest świeży, wtedy wskazanem jest nacięcie płuc (pneumotomia); jeśli zaś ropień jest stary ze ścianami zgrubiałemi, łącznotkankowemi, to trzeba wykonać wycięcie tej części płuc (pneumektomia).

B. Żmigród.

Réthi. **Leczenie sapki nerwowej.** (*Wiener medicinische Wochenschrift* Nr. 23, 1903). Przez sapkę nerwową rozumie się tę postać nieżytu nosowego, która nagle powstaje, a po krótszem lub dłuższem trwaniu równie szybko ustępuje i przez pewne objawy poboczne wskazuje na zależność od układu nerwowego. Jej pojawienie się daje się odnieść do zadziałania pewnych istot aromatycznych, pewnych zapachów, woni niektórych potraw, pyłu niektórych traw itd. Badanie nosa wykazuje zaczerwienienie opuchniętej błony śluzowej. W innych przypadkach błona śluzowa jest bladą i cienką, a tylko silne wydzielanie cieczy wodnistej wskazuje na istnienie cierpienia nosowego. W pierwszej postaci najlepiej skutkuje wycięcie częściowe błony śluzowej z dolnej muszli nosowej, podczas gdy płókania, pędzlowania i wdmuchiwania różnymi środkami zostają bez skutku. W drugiej postaci pędzlowania adrenaliną dają dobre wyniki. *Spira.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stosowanie tigenolu w chorobach kobiecych. (*Deutsche Aerzte-Ztg.*, Zeszyt 19, 1903). Neumann stosował tigenol w przeszło 100 przypadkach ginekologicznych. Według tego autora tigenol ziścił wszystkie pokładane w nim nadzieje. Tampony z 10—20% rozczynem tigenolu w glicerynie działały skutecznie w przypadkach, leczonych poprzednio ichtyolem, zwłaszcza w kierunku uśmierzania bolów, a dorównywały mu co do pobudzania resorbcyi. W przewlekłych i ostrawych zapaleniach omacicznych i przymacicznych, w przewlekłem zapaleniu jajników i otoku ropnym trąbek, w przewlekłem zapaleniu macicy i nadżerkach szyjki macicznej, tampony tigenolowe oddawały bardzo dobre usługi. W 10-ciu przypadkach ostrej rzeżączki cewki moczowej stosował Neumann tampony tigenolowe zapobiegawczo i zawsze udało mu się zapobiedz rozszerzeniu się sprawy chorobowej na szyjkę. Szczególnie korzystnem było działanie kojące ból w zapaleniu błony śluzowej macicy, oraz zapaleniu macicy rzeżączkowem, co tem więcej zasługuje na uwagę, że wogóle mało możemy pomódz w tych nadzwyczaj bolesnych sprawach chorobowych.

Baschkopf.

Dermato-terapeutyczne doświadczenia z tigenolem „Roche“. Dr. Hönigschmied stosował tigenol zewnętrznie i wewnętrznie w różnych chorobach skórnych. W wyprysku, szczególnie w przypadkach przewlekłych, uzyskał szybko wyleczenie 10% maścią tigenolową. Czyraki leczył autor czystym tigenolem, pędzlowaniem co trzy godziny, lub pokrywaniem maścią tigenolową po połowie z maścią diachylonową. Wewnętrznie podawał tigenol 2 grm. dziennie w wodzie miętowej lub syropie pomarańczowym i stwierdził w ciągu 14 dni ustanie tworzenia się nowych czyraków. W łuszczycy pędzlował dwa razy dziennie tigenolem z gliceryną po równej części i zakładał opatrunek z waty. W strupieniu woszczynowatym działa znakomicie 10% maść tigenolowocynkowa. W swędzeniu skóry pomaga pędzlowanie czystym tigenolem, lub tigenolkleiną po równej części, lub wcieranie tigenolu z cynkiem, lub bizmutem i waseliną.

Baschkopf.

Ciężkie otrucie bromoformem u 3-letniego dziecka, zakończone wyzdrowieniem. Dziewczynka 3-letnia, której starszemu braciszkowi zapisano bromoform z powodu krztuśca, wypiła blizko 2 ctm.³ leku, poczem popadła w bardzo głęboki sen, rogówki nie oddziaływały zupełnie, źrenice były zwężone *ad maximum* i bez odruchu, wydychane powietrze silnie było czuć bromoformem, oddech stał się bardzo powierzchowny i przyśpieszony, tętno bardzo drobne (96), zależne od bardzo chwiejnego i często bardzo niedostatecznego oddychania. Ponieważ już upłynęło 1½ godz. od zażycia, przyjęto, iż bromoform, jako bardzo lotny, dawno już uległ wessaniu, więc nie płókano żołądka; wezwany Dr. Jessen ograniczył się do utrzymania oddychania przez zlewania zimną wodą w kąpieli i t. d. Wyzdrowienie nastąpiło po tygodniu. W tem spostrzeżeniu uderzała ciężkość otrucia i długie trwanie wydzielania się bromoformu z powietrzem wydychanem. Tylko bardzo energicznem postępowaniem, polegającem na podtrzymywaniu oddychania, udało się powoli usunąć ciężką śpiączkę, w której dziecko znajdowało się przez wiele godzin. (*Therap. Monatshefte*, sierpień, 1903).

Baschkopf.

Leczenie gorącem powietrzem chorób ginekologicznych. (*Wien. klin. Woch.*, Nr. 28, 1903). Sposób Biera, dążący do wywarcia korzystnego wpływu na przewlekłe sprawy zapalne zapomocą przekrwienia czynnego i biernego, znalazł także w zachowawczej ginekologii wielokrotne zastosowanie. Dr. Burger ogłosił o wynikach, osiągniętych zapomocą przyrządów, wytwarzających suche gorące powietrze, w różnych chorobach kobiecych narządów rodnych. Najgłówniejsze i najwdzięczniejsze wskazanie tworzą rozlane nacieki zapalne miedniczej tkanki łącznej, jakie rozwijają się przeważnie po zakażeniu połogowem; w szczególności następowała szybka poprawa dolegliwości podmiotowych i złagodzenie bolów. Przedmiotowo stwierdzono zmniejszenie guzów. Autor nie zapomina o przykrych objawach ubocznych (opalenie skóry brzucha, zmęczenie, bicie serca, zawroty głowy, nudności). Leczenie gorącem powietrzem jest dla pewnych schorzeń ginekologicznych, ze względu na działanie kojące i przyśpieszające wessanie, — bardzo odpowiednim zachowawczym sposobem leczniczym, który przy odpowiednim wyborze przypadków i indywidualizującym sposobie stosowania często lepsze oddaje usługi, niż wszelkie używane dotychczas sposoby leczenia. *Baschkopf.*

V. Korespondencya.

Petersburg 27 stycznia (n. st.).

Nauka polska straciła jednego z wybitnych jej orędowników. D. 20 stycznia zmarł w Kronsztadzie, w forcie Aleksandra I, rodak nasz Władysław Turczynowicz-Wyżnikiewicz, licząc lat 38. Padł ofiarą choroby, której wszechstronnemu zbadaniu poświęcił dwa ostatnie lata zaszczytnie spędzonego życia. Powołany w r. 1902 przez W. ks. Oldenburgskiego na kierownika pracowni, poświęconej badaniu moru w forcie Aleksandra I w Kronsztadzie, w której skupiono wszystkie prace i usiłowania nad poznaniem zarazka moru, oddał się on z całym młodzieńczym zapałem badaniu biologii laseczników morowego i zagrzewał swoim przykładem do tych studyów i innych kolegów. Prowadząc w ostatnich dniach grudnia doświadczenia, połączone z rozcieraniem w przyrządzie szczelnie zamkniętym, według obmyślanej przez siebie metody, ogromnej ilości laseczników morowych przy nader nizkiej ciepłocie (— 212° C); i pod ciśnieniem kilku atmosfer, pomimo zachowania wszelkich możebnych ostrożności, musiał się ś. p. Turczynowicz-Wyżnikiewicz zarazić w jakikolwiekbądź sposób, skoro już 1 stycznia uskarżał się na lekkie niedomaganie, lecz nie przywiązywał do niego większej wagi i gotował się do udziału w pracach Pirogowskiego Zjazdu. D. 3 stycznia powrócił do swej pracowni i więcej go już nie widziano w Petersburgu. W nocy z 3 na 4 stycznia wśród objawów nadzwyczaj silnych dreszczów, gorączki dochodzącej do 40°, stan ogólny przedstawiał się odrazu groźnie, wystąpiło wreszcie lekkie bredzenie. Nazajutrz, na naradzie lekarzy, pracujących w forcie (Drowie: Padlewski, Gryglewicz, Szreiber i zawezwany z Petersburga prof. Zabolotnyj), wykazano w prawem płucu ograniczone ognisko zapalne. Wobec możliwości zakażenia morowego, bezzwłocznie zastrzyknięto choremu podskórnie 80 sz. ctm surowicy przeciwmorowej Jersina, lecz bez wyraźniejszego skutku. Nazajutrz wieczorem wystąpił kaszel, a wkrótce plwocina, początkowo śluzowo-ropna, następnie stała się krwawą. Badanie drobnowidowe, natychmiast wykonane, wykazało czystą hodowlę lasecznika morowego. Nie było więc żadnej wątpliwości, że zapalenie płuc było na tle morowem. Choremu wstrzyknięto podskórnie 200 sz. ctm surowicy, a w dniach następnych takież ilości do żył i do jamy opłucnowej. Po wstrzykiwaniach stan chorego chwilowo poprawiał się, a ciepłota spadała, lecz ognisko zapalne w płucu nie ograniczało się, owszem szerzyło się na dalsze części płuca. Sprawa szła niechybnie do zejścia niepomyślnego. Odgadując przyrodę swego cierpienia i dobrze zdając sobie sprawę z groźnego położenia, żądał ś. p. Wyżnikiewicz, aby zwłoki jego zostały spalone. Wreszcie 20 stycznia o godz. 6 wiecz. śmierć wydarła go nam w stanie zu-

pełnej nieprzytomności wśród objawów obrzęku płuc i osłabienia czynności serca. Badanie zwłok (następnie spalonych) stwierdziło rozpoznanie prawostronnego zapalenia na tle zakażenia morowego.

Ś. p. Turczynowicz-Wyżnikiewicz urodził się r. 1866. Szkoły wyższe odbył w charkowskim instytucie weterynaryjnym, który ukończył z odznaczeniem roku 1870. Następne dwa lata pełnił obowiązki asystenta kliniki lekarskiej we wzmiankowanym instytucie. Od roku 1893 oddał się badaniom księgosuszu, które mu wypełniły 8 lat życia. Początkowo w ciągu 3 lat badania te robił w okręgu kubańskim, a od r. 1897, wspólnie z ś. p. prof. Nenckim i p. Sieberową, prowadził studya nad etyologią księgosuszu w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu, jako najbliższy współpracownik prof. Nenckiego. Studya te doprowadziły do wykrycia metody uodporniania przeciwko księgosuszowi bydła. Metoda ta została wypróbowaną przez ś. p. Turczynowicza-Wyżnikiewicza pierwotnie (1897—1899 r.) w kraju Zakaukazkim, a następnie, gdy dała świetne wyniki, została przeprowadzoną przez niego w ciągu 2 lat w kraju Zabajkalskim. Urządziwszy tu stacyę przeciwksięgosuszową, oddał ją ś. p. Wyżnikiewicz zarządowi wojskowemu, a sam powrócił do Petersburga. Imię jego, jako sumiennego i utalentowanego badacza, stało tu już tak wysoko, że w styczniu roku 1902 powołano go na nadzwyczaj odpowiedzialne stanowisko kierownika jedynej w Rosyi pracowni, której zadaniem jest przygotowanie surowicy przeciwmorowej i studya nad morem wogóle. Pracownia ta stanowi oddział Instytutu medycyny doświadczalnej, lecz znajduje się w miejscowości zupełnie oddzielonej w Kronsztadzie w forcie Aleksandra I. Już sam fakt powołania w Rosyi na podobne stanowisko Polaka świadczy wymownie, o ile wybitnym uczonym był ś. p Turczynowicz-Wyżnikiewicz, tembardziej, że on nigdy nie ukrywał swej narodowości i bardzo ochoczo przygarniał rodaków do siebie dla wspólnej pracy. Na zajmowanem w ostatnim czasie stanowisku wystąpiły w całej pełni wybitne zdolności ś p. Wyżnikiewicza, jako wzorowego administratora i wybitnego uczonego. W krótkim czasie postawił on pracownię na należytej wyżynie naukowej, zorganizował w niej 3-tygodniowe kursa bakteryologii i diagnostyki moru, które prowadził z ogromnem oddaniem się i z wielką korzyścią dla słuchaczy, czem zjednał gorące ich uznanie i wdzięczność; wreszcie, nie ograniczając się na tem, ś. p. Wyżnikiewicz brał najżywszy udział we wszystkich specyalnych poszukiwaniach naukowych, prowadzonych za jego inicyatywą w pracowni, a zawsze występował jako człowiek prawego i nieposzlakowanego charakteru i jako najserdeczniejszy kolega.

Dziś go już niema, lecz pamięć jego nie zgaśnie nigdy wśród tych, którzy mieli możność bliżej go poznać, ocenić i razem pracować, a zaszczytną i bohaterską śmiercią przekazał on imię swoje czci i wdzięczności dalszych pokoleń. Dla nas Polaków śmierć ta jest niepowetowaną stratą, bo z ś. p. Wyżnikiewiczem zeszedł z tego świata w kwiecie sił jeden z wybitniejszych uczonych naszych i została straconą jedna z nielicznych placówek, koło której skupiała się szukająca pracy młodzież polska. Cześć i sława Jego pamięci! *Witold Orłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, odbył się wykład kol. prof. Raczyńskiego p. t. »O etyologii czerwonki epidemicznej, z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi r. 1903«.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego powziął na ostatnich posiedzeniach kilka ważnych uchwał, mających na celu przedewszystkiem uzupełnienie brakujących katedr.

I. Wydział zwrócił się do ministerstwa z prośbą o oddzielenie katedry farmakologii od farmakognozyi, a na katedrę farmakologii zaproponował trzech kandydatów w następującym porządku: *1-mo loco* Doc. dr. Leona Popielskiego, *2-do* — Doc. Dr. Edmunda Biernackiego, *3-tio* — Dr. Jerzego Świrskiego.

II. Na katedrę pedyatryi przedstawił: *1-mo loco* prof. Dr. Jana Raczyńskiego, *2-do* — Dr. Ksawerego Lewkowicza.

III. Na katedrę oto-laryngologii: *1-mo et unico loco* Prof. Dr. Antoniego Jurasza.

* Z odczuciem szczerego zadowolnienia, a nawet dumy, wypada nam zaznaczyć, że wśród kobiet, poświęcających się badaniu naukowemu, Polki stanęły na naczelnem miejscu: obok pani Michaliny Stefanowskiej, której badania histo-fizyologiczne mózgu zaznaczyły istotny postęp w tej najtrudniejszej gałęzi wiedzy ludzkiej, a znakomitej badaczce przyniosły stanowisko docenta w Genewie; obok światowego dziś rozgłosu imienia pani Skłodowskiej-Curie, — trzecie miejsce należy się zaszczytnie już znanej w nauce, a nie obcej i czytelnikom naszego czasopisma, pani Józefie Joteykównie, kierowniczce pracowni psycho-fizyologicznej w Brukseli. O przyznaniu pannie Joteykównie tegorocznej nagrody Lallemanda przez francuską Akademię nauk ścisłych, pisaliśmy w swoim czasie. Laureatka jest autorką najgruntowniejszej teoryi znużenia. Na grudniowem posiedzeniu belgijskiej Akademii lekarskiej odczytano pracę p Joteykówny p. t. »Mechanizm fizyologiczny odczynu zwyrodnienia mięśni«. Sprawozdawca uczynił wniosek, aby rozprawę tę wydrukowano w biuletynach Akademii, a nazwisko autorki wpisano na listę kandydatów na członków korespondentów zagranicznych Akademii: wniosek ten został uchwalony. Po raz pierwszy kobieta wznosi się na ten wysoki szczebel w hierarchii naukowej. Akademia zaznaczyła, że p. Joteykówna wyjątkowemi zdolnościami i pracą zasłużyła w zupełności na zaszczyt, który względem niej jest tylko aktem sprawiedliwości«.

Tem chętniej piszemy tę notatkę, że „sprawa kobiet“ w Polsce przebiega (czy przebiegała), z wyjątkiem szamotania się rzadkich jednostek mniejwartościowych, poważnie i spokojnie: badaczki polskie, których nazwiska przytoczyliśmy, najlepiej rozstrzygnęły zatarg o t. zw. „równouprawnienie kobiet“, mianowicie, że praw nabywa się nie rezolucyami na wiecach, lecz rzetelnym talentem i wytrwałą pracą“.

* Wydział krajowy mianował w krakowskim szpitalu św. Łazarza Dra B. Grünhuta sekundaryuszem I klasy; Dra Bol. Żmigroda sekundaryuszem II klasy, a Dra J. Owsińskiego praktykantem etatowym.

* Ministeryum rolnictwa poleciło starostwom górniczym, ażeby w granicach swej władzy pouczyły zarządy kopalń, oraz właścicieli przedsiębiorstw prywatnych, że górnicy węgierscy głównie ulegają tęgoryjcowi (*anchylostoma*) i że wskutek tego przed przyjęciem górnika, przybywającego z Węgier, należy go poddać zbadaniu lekarskiemu.

* W Rzymie zorganizowało się »Towarzystwo lekarzy katolickich« pod kierownictwem Dr. Taussiga, które zamierza zwołać w wiecznem mieście międzynarodowy Kongres lekarski o charakterze ściśle naukowym. Propagatorami projektu pielgrzymki lekarzy katolickich z Francyi do Rzymu są lekarze francuscy: Boissarie i Dauchez; pielgrzymka ma odbyć się w m. kwietniu t. r. Lekarze miejscowi w Rzymie czynią przygotowania do odbycia tego Kongresu

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy w dalszym ciągu przystąpili koledzy: Gabel H. (Lwów), Gąsiorowski S. (Winniki), Grudziński L., Jaciów T. (Kamionka Strumiłowa), Przybylski S. (Pruchnik), Roth S (Żurawno). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Między 5 a 18 stycznia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm), brzeżańskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnobrzeskim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (1 gm.).

Mianowania. Docenci: Dr. Hammer i Dr. Meves mianowani zostali profesorami nadzw., pierwszy w Heidelbergu, drugi w Kilonii.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. III 1903 r. Kucharzewski: O wpływie jadów na krew. Rzętkowski: Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej. Landau: O odporności względem chorób zakaźnych. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 4. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Niedzielski: Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa. Andrzejewski: Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 3 zawiera: Obowiązkowa praktyka lekarska. — Ambulatorya bezpłatne. — W obronie § 43 *e*. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Reforma szpitalnictwa krajowego. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Z doli lekarzy więziennych. — W sprawie tłumienia epidemii. — W sprawie szczepienia. — Niektóre dezyderaty lekarzy powiatowych. — Z organizacyi lekarskich.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Wilga: Zęby różnych ras ludzkich. Krakowski: Kauczuki dentystyczne (c. d.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 1. Thomayer. Aforismy o therapii naši doby. Jirasék: Samovolná stolice při vnitřni inkarceraci tenkého střeva.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Janský: Theorie o podstatě hysterie (dok.). Schnurpfeil: Léčeni ileu atropinem (dok.). Mladějovský: Diabetes (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 6. Faure: Technika histeroktomii brzusznej w ropieniach przydatków. Lermoyez: Pogadanki o elektryczności.

Nr. 7. Fuster: Nowe widoki walki z gruźlicą w Niemczech. Niccole i Brunswic-le Bihan: Wieszanie w Tunisie.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 4. Hirschberg: Przyczynek do rokowania w złośliwych guzach naczyniówki. Shiga: O czynnem uodpornieniu ludzi przeciw prątkom durowym. Lesser: Etyologia i patologia wiądu i jego stosunek do kiły. Erb: Kiła i wiąd (dok.). Borchardt: Zranienie postrzałowe trzustki i ostre krwotoczne jej zapalenie (dok.). Behring: Podstawy odnoszące się do powstawania suchot u człowieka i zwierząt.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Stoerk: Przyczynek do patologii żołądkowo-jelitowej tkanki gruczołowatej. Exner: Leczenie raka przełyku promieniami radu. Kapsammer: Kryskopia i odruchowe moczenie nadmierne. Metzenauer: Przewlekły wrzód słoniowacinowaty. Bondi: Wpływ ginekologicznych operacyi na miesiączkę. Gross: Przypadek śmierci w następstwie utajonego tętniaka tętnicy kręgowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Grunert: Wyniki anatomo-patologicznego badania schorzeń ucha środkowego w ostatniem dziesięcioleciu, z rzutem oka na praktykę. Bittorf: Ostre i przewlekłe ograniczone zapalenie kiszki grubej, zwłaszcza zagięcia esowatego. Moszkowicz: Wczesny objaw ciężkiego zapalenia jelita ślepego. Baer: Ostre ogólne zapalenie mięśni. Fischer: Ogólne i wysokiego stopnia zaburzenie zdolności zapamiętywania w początkującem porażeniu. Knapp: Przypadek ruchowego i czuciowego porażenia połowiczego po zranieniu mózgu pociskiem rewolwerowym. Graeffner: Zęby zabłąkane w nosie, jako objaw dodatkowy kiły wrodzonej. Morris: Przypadek zawału wybroczynowego w nerkach. Köhl: Tasiemiec długoczłonki u sześciotygodniowego dziecka. Neustatter: Jeszcze uwagi nad pędzlem do oczów z waty. Volhard: Nowa metoda ilościowego oznaczania pepsyny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Flügge: Rozpowszechnienie prątków gruźliczych a usposobienie do suchot płucnych. Friedmann: W sprawie czynnego uodpornienia przeciw gruźlicy. Herxheimer: O zewnętrznem leczeniu łuszczycy. Gaupp: Rokowanie w porażeniu postępującem (dok.).

Redakcya otrzymała. Kucharzewski: O wpływie jadów błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi. Karliński: 1) Wąglik. 2) Nosacizna. 3) W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate (1901). 4) Zur Aetiologie des Rekurrenstyphus. 5) Zur Therapie des Rückfallfiebers. 6) Zur Bacteriologie der Lepra. 7) Ausländische Krankenpflege. 8) W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate (1904).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 4 (od 24/1 do 30/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 32; nieżywo: chł. 4, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 22, kob. 21; zamiejscowych: męż. 8, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 3 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej 1, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 13, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa miej —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 43, obcych 21.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie: „Asanacya Zakopanego, usuwanie nieczystości miejskich“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:
Pomiędzy naturalnémi wodami szczawowémi zajmuje
Woda Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.
Perelbger Schenker. Kraków, Grodzka 48.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.
Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.



Eter chloro metylo-mentolowy ($C_{10}H_{19}OCH_2Cl$), nazwany krótko

FORMAN

jest według doświadczeń wykonanych przez profesora Seiferta w Würzburgu i Docenta Dra H. Suchanka w Zurychu i w. i. znakomicie skutecznym w nieżycie nosa. Świeże cierpienia nieżytowe ustępują zupełnie w wielu przypadkach w ciągu 24 godzin, w przypadkach zastarzałych objawia się skuteczność tego leku przez skrócenie czasu trwania choroby. Chorzy dotknięci nieżytem błony śluzowej nosa doznawali przy zastosowaniu Formanu znacznej ulgi, gdyż zmniejszały się dolegliwości sen odbierające, nieżyt oskrzeli doznawał poprawy.

Forman rozpada się w zetknięciu z wilgotnem powietrzem lub jeszcze prędzej w gorącej wodzie na swe części składowe Mentol i Formaldehyd, ulatniające się w postaci gazu, podczas gdy powstający równocześnie kwas solny rozpuszcza się w wodzie.

W łagodniejszych przypadkach kataru wystarcza zastosowanie waty formanowej, która wprowadza się do otworów nosa w postaci małych kulek. W uporczywych przypadkach należy zastosować wziewania formanowe, do których używa się pastylek formanowych i formanowego naczynia do wziewań Od 3 lat klinicznie wypróbowane!

Ceny w aptekach: Formanowa wata 40 h., formanowe pastylki 10 sztuk 75 h., formanowe naczynie do wziewań 1 K. 50 h.

Próbki i literatura opłatnie.

DREZDEŃSKIE CHEMICZNE LABORATORYUM LINGNER, DREZNO.

Filia dla Austro-Węgier: K. A. LINGNER, Bodenbach n. E. (Podmokłe).

Program kursu dla lekarzy
na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w r. 1904.

Kursa te trwać będą od dnia 10. do 30. marca. Zapisywać się można w kwesturze Uniwersytetu lwowskiego od 1. do 8. marca.

1. Prof. Dr. Niemiłowicz: Rozbiór moczu, — 8 gogzin. Czesne 10 koron.

2. Doc. Dr. Kučera: Bakteryologia lekarska, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

3. Prof. Dr. Gluziński: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badanie kliniczne krwi, plwocin, treści żołądkowej, kału, moczu itd.), w połączeniu z wykładem o nowszych zabiegach leczniczych przy współudziale Docentów Drów Marischlera i Renckiego i asystentów kliniki, — 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

4. Doc. Dr. Wiczkowski: Rozpoznawanie i leczenie chorób nerkowych na materyale szpitalnym, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

5. Doc. Dr. Kowalski: Zarys hidroterapii z uwzględnieniem części fizyologicznej i klinicznej, — 3 godziny tygodniowo. Czesne 6 koron.

6. Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier: *a)* Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej, — 10 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron. *b)* Kurs operacyjny odpowiednio do materyału. Czesne 50 koron.

7. Prof. Dr. Schramm: Leczenie gruźlicy stawów i kości u dzieci. Liczba uczestników ograniczona do czterech, — trzy razy w tygodniu po $1^1/_2$ godziny. Czesne 20 koron.

8. Doc. Dr. Gabryszewski: Zarys ortopedyi z ćwiczeniami praktycznemi masażu, gimnastyki i zakładanie opatrunków, — 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

9. Doc. Dr. Gońka: Leczenie operacyjne i zachowawcze chorób zębów, — 6 razy tygodniowo po $1^1/_2$ godziny, od 8 do $^1/_2$10 przedpołudniem. Czesne 40 koron.

10. Prof. Dr. Łukasiewicz: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych, — 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

11. Prof. Dr. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych, — codziennie od 10 do 11. Czesne 20 koron.

12. Doc. Dr. Bednarski: Praktyczne ćwiczenia we wziernikowaniu oka, — 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

13. Prof. Dr. Mars: Wykłady kliniczne z ginekologii, — 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

14. Prof. Dr. Sieradzki: Ćwiczenia w badaniach i w orzeczeniach sądowolekarskich, — 2 razy tygodniowo po $1^1/_2$ godziny, t. j. 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

15. Dr. Panek: Higiena i chemia żywienia łącznie z przemianą materyi w stanie zdrowia i choroby, wraz z ćwiczeniami praktycznemi w badaniu środków spożywczych, — 10 godzin tygodniowo (w godzinach popołudniowych). Czesne 20 koron.

L. 2495 Sokal dnia 26 Stycznia 1904.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Warężu miasteczku z roczną płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdki gmin w rocznej kwocie 600 koron.

Do okręgu sanitarnego w Warężu należy 20 gmin z ludnością 11567 dusz, a w miejscu znajduje się apteka publiczna.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść do Wydziału powiatowego w Sokalu w terminie do 1 Marca b. r. udokumentowane podania, do których należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia

2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich

3) świadectwo odbytej 2-letniej praktyki w zawodzie lekarskim

4) świadectwo przynależności lub inny dokument na udowodnienie prawa obywatelstwa austryackiego

5) świadectwo zdrowia wystawione przez c. k. lekarza powiatowego

6) świadectwo nieskazitelnego zachowania się, potwierdzone przez c. k. Starostwo.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, ogłoszona w dzienniku ustaw krajowych Nr. 83 z roku 1891, tudzież wykonywanie oględzin bydła i mięsa w Warężu mieście.

Z Wydziału Rady powiatowej.

OGŁOSZENIE.

Wielki zakład Kąpieli mułowych dotychczas własnością spółki akcyjnej, w ślicznej podgórskiej okolicy w Ustroniu (Śląsk. austr.) położonej nad rzeką Wisłą niedaleko jej źródeł, ***jest do wydzierżawienia, lub sprzedania.***

Zakład posiada prócz domu kąpielowego z odnośnemi ubikacyami i całkowitym inwentarzem, wzorowo urządzony dom mieszkalny (24 pokoi).

Oprócz kąpieli mułowych (z własną ziemią mułową i prawem doprowadzenia) kąpieli kwasem węglowym, kąpiele wodo-elektryczne, wanny, natryski.

Ziemia mułowa, według badań prof. Ludwiga w Wiedniu, najznakomitsza.

Sezon trwa od 15 Maja do 15 września. Stacya kolejowa w miejscu. Liczne świadectwa doskonałych skutków kąpieli.

Bliższych wiadomości udzielają podpisani.

O zgłoszenia prosimy do 15 Marca 1904.

W imieniu Zarządu:

Markus Steinhauer — *przewodniczący Zarządu.*

Jerzy Michejda. — *członek Zarządu.*

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 130

DÜSSELDORFSKA FABRYKA

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ***ten jedyny wyrób krajowy polski,*** *lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigolletów zagranicznych".*

Dr. LEWALDA ZAKŁAD LECZNICZY dla chorych nerwowych i umysłowych w Obornikach (Obernigk) koło Wrocławia. — Prospekta.

Adres telegraficzny: **Dr. LEWALD OBERNIGK.** 113

MERAN

uznana światowa, zimowa stacya klimatyczna.

Leczniczy Dom Polski

Dr. MARYI DOBROWOLSKIEJ.

Urządzony na wzór „SANATORYÓW."

Wyborowa kuchnia dyetetyczna polsko-francuska. Cena wraz z opieką dla chorych i pomocą lekarską od 3—4 złr. dziennie.

Dezynfekcya ścisła.

Lekarz zakładowy:

Dr. von MESSING

od lat 30-tu praktykujący w Meranie.

Wybór lekarza dozwolony.

109

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA

VICHY

Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przspisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS — Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE — Słabości wątroby i organow żółć wydzielających.

VICHY-HOPITAL — Słabości żołądka i kiszek.

PASTILLES VICHY-ETAT — Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETAT — Wydające wjednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.